Die Münchener Medicin. Wochenschrift erscheint wöchentlich in Nummern von mindestens 2 Bogen. Preis vierteljährig 5 ℳ, praenumerando zahlbar. Einzelne Nummer 60 ₰.

Zusendungen sind zu adressiren: Für die Redaction Karlstrasse 8. — Für Abonnement an J. F. Lehmann, Landwehrstr. 12. — Für Inserate und Beilagen an Rudolf Mosse, Promenadeplatz 16.

MÜNCHENER MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

(FRÜHER ÄRZTLICHES INTELLIGENZ-BLATT)

ORGAN FÜR AMTLICHE UND PRAKTISCHE ÄRZTE.

Herausgegeben von

Dr. Bollinger, München. Dr. Heineke, Erlangen. Dr. G. Merkel, Nürnberg. Dr. Michel, Würzburg. Dr. H. v. Ranke, München. Dr. v. Schleiss, München. Dr. v. Seitz, München. Dr. v. Winckel, München.

№ 15. 12. April 1892. Redacteur: Dr. B. Spatz, Karlstrasse 8. Verlag: J. F. Lehmann, Landwehrstr. 12. 39. Jahrgang.

Originalien.

Beitrag zur Kenntniss der „traumatischen Losschälung der Haut und der tieferliegenden Schichten“ (Décollement traumatique de la peau et des couches sousjacentes Morel-Lavallée's).[1])

Von Dr. *Karl Koch* in Nürnberg.

Die Kenntniss der „traumatischen Losschälung der Haut und der tieferliegenden Schichten“ (Décollement traumatique de la peau et des couches sousjacentes), deren erste Beschreibung und genauere Schilderung wir dem Pariser Chirurgen Morel-Lavallée verdanken, ist, wie es scheint, keine recht allgemeine. Und doch muss sie meiner Ansicht nach als eine durchaus wohl charakterisirte, eigenartige Verletzung unser Interesse voll und ganz in Anspruch nehmen. Köhler[2]) gebührt das Verdienst, in der neueren Zeit durch eine sehr schöne und umfassende Arbeit, welche in der deutschen Zeitschrift für Chirurgie veröffentlicht ist, unsere Aufmerksamkeit in ganz besonderem Maasse auf diese Verletzung gelenkt zu haben. Es ist nur schade, dass Köhler seinen Ausführungen nicht die Krankengeschichten seiner eigenen Beobachtungen, die jedenfalls viel des Interessanten geboten hätten, beigefügt hat. Mit Recht macht Meinhard Schmidt in seinem Referate über Köhler's Arbeit im Centralblatt für Chirurgie auf diesen Mangel aufmerksam.

Da nun überhaupt in der deutschen Literatur im Ganzen nur wenig Krankengeschichten von solchen Verletzungen, welche als Décollements angesprochen werden können[3]), sich finden, möchte ich in nachstehender Arbeit 4 Fälle, welche ich im Laufe der letzten Jahre zu beobachten Gelegenheit gehabt hatte, mittheilen. Ich verbinde damit gleichzeitig den Zweck, an der Weiterverbreitung der Kenntniss dieser meiner Ansicht nach für den Chirurgen von Fach, wie für jeden Arzt gleich wichtigen Verletzung mitzuwirken.

Die Krankengeschichten meiner Fälle sind folgende:

I. Fall. Mittelgrosses Décollement der Haut der rechten Wade mit Continuitätstrennung der Haut. Radverletzung.

L., Briefträger, verletzt am 29. Juni 1886. Derselbe beging die Unvorsichtigkeit, auf den rasch fahrenden Pferdebahnwagen von vorne aufzuspringen, kam dabei zu Fall und wurde überfahren. Der Verletzte wurde sofort zu mir in meine Wohnung gebracht. Ich konnte einen ganz auffallenden Befund constatiren, einen Befund, wie ich ihn früher nie gesehen hatte und der mir auch stets in Erinnerung bleiben wird. Es war nämlich fast die ganze Haut der rechten Wade mit Ausnahme der inneren oberen Parthie von der Malleolengegend bis hinauf zur Kniekehle von ihrer Unterlage losgelöst und liess sich wie ein schlaffes Hosenbein von der Wade in grossen Falten abheben und nach allen Richtungen verschieben. Die Haut selbst zeigte an der inneren Seite des Unterschenkels eine grosse oberflächliche Abschürfung, welche etwa 3 Finger breit oberhalb des inneren Knöchels begann und sich schräg nach innen aufwärts und hinten ca. 12 cm weit erstreckte. In der Mitte der Abschürfung befand sich ein kaum 1 cm langer, die ganze Dicke der Haut durchsetzender spaltförmiger Einriss, durch welchen man unter die abgelöste Haut, also in eine weite Tasche gelangte. Bei der Palpation hatte man das Gefühl, als ob unter der losgelösten Haut Luft und etwas Flüssigkeit angehäuft sei. Wenn man mit der flachen Hand von oben nach abwärts gegen die Wunde zu über die abgelösten Parthien hinstrich, so entleerte sich aus der Perforationsöffnung Luft unter Blasenbildung und eine mässige Menge klebriger Flüssigkeit von der Farbe des venösen Blutes.

Ich hatte anfänglich vor, die abgelöste Haut an verschiedenen Stellen zu incidiren, um den Secreten freien Abfluss zu verschaffen; besann mich dann jedoch eines Anderen und begnügte mich, da ja die Verletzung eine ganz frische war, mit der gründlichen Reinigung und Desinfection der kleinen Wunde und der Application eines überall gut comprimirenden antiseptischen Occlusionsverbandes. Der Verlauf war ein ganz guter. Fiebersteigerungen traten nicht auf; die abgelöste Haut legte sich überall wieder vollständig an. Allerdings secernirte die Wunde sehr lange und reichlich eine Flüssigkeit, die anfangs dunkel, blutig gefärbt aussah, bald aber eine hellere Färbung annahm und schliesslich rein gelblich, aber niemals eiterig wurde. Ganz enorm waren die Sugillationen, welche sich am verletzten Beine geltend machten. Sie nahmen das ganze Bein bis über das Poupart'sche Band hinauf ein und verloren sich nur ganz langsam. Am 8. September 1886 wurde der Kranke als geheilt aus der Behandlung entlassen. Ende November 1891 hatte ich Gelegenheit, den Patienten wieder einmal zu untersuchen. Ich konnte constatiren, dass die Haut des rechten Unterschenkels überall und in jeder Beziehung normales Aussehen und Verhalten wiedergewonnen hat. Nur die an seiner Innenseite befindliche oberflächliche Narbe erinnert an den erlittenen Unfall.

II. Fall. Mittelgrosses Décollement der Haut der linken Ellenbogengegend. Fall von einer rutschenden Leiter.

St., Oekonom, 61 Jahre alt, in Gibitzenhof, verunglückte am 9. Mai 1889 durch Fall von einer Leiter, welche, als er sich oben befand, ausrutschte und umstürzte. Ehe er auf den Boden ankam, streifte er einen Haufen aufgeschichtete Steine und fiel dann erst auf den Erdboden auf. Bei meinem Besuche am 10. Mai, zu welchem mich Herr College Dr. Herbst in Schweinau eingeladen hatte, konnte ich ausser einer Fractur des linken Schlüsselbeines nahe dem Sternalende ein Décollement der Haut am linken Ellenbogen constatiren. Dasselbe characterisirte sich folgendermaassen.

In der linken Ellenbogengegend ist die Haut in weitem Umkreis von ihrer Unterlage losgelöst. Die Ablösung der Haut erstreckt sich von der sehr leicht durchzutastenden Spitze des Olekranon $4^1/_2$ cm weit aufwärts nach dem Oberarm zu, 8 cm weit nach abwärts auf den Vorderarm und findet ihre seitliche Begrenzung nach innen, wie nach aussen in der Condylengegend. Die Grenzen der abgehobenen Haut sind deutlich markirt durch einen ringförmigen Wall, welcher am ausgesprochensten an der Kante der Ulna sich durchfühlen lässt. Die Haut selbst umgibt schlaff die ganze Ellenbogengegend und stellt einen Sack dar, welcher Flüssigkeit in geringer Menge enthält. Bei Stellungsveränderungen des Armes verschiebt sich die Flüssigkeit und es tritt bald unten, bald oben, bald seitlich eine stärkere Vorwölbung (Reliefbildung) zu Tage. Durch Ueberstreichen mit der Hand lässt sich die Flüssigkeit gleichfalls verschieben und bald in diese, bald in jene Ecke des Sackes zusammendrängen. Die Geschwulst, die dann entsteht, wenn man die ganze Flüssigkeitsmenge an einen Platz zusammendrängt, entspricht ungefähr der Grösse einer kleinen Nuss. Bei dem Verschieben der Flüssigkeit bekommt man jedesmal sehr deutlich das Gefühl von „Schneeballknirschen“. In den nächsten Tagen nahm der Erguss der Tasche am Ellenbogen erheblich zu; der Kranke

[1]) Nach einem im December 1891 im ärztlichen Localverein zu Nürnberg gehaltenen Vortrage.

[2]) R. Köhler, Ueber Morel-Lavallées Décollement traumatique de la peau et des couches sousjacentes. Deutsche Zeitschrift für Chirurgie. 29. Band. 1888.

[3]) Hierher gehören auch jene Fälle, welche als traumatische Lymphcysten, Lymphabscesse etc. beschrieben worden sind.

bekam starke Schmerzen und fieberte etwas. Ich entschloss mich darum am 12. Mai zu einer Incision. Dieselbe wurde in Chloroformnarkose ausgeführt. Dabei entleerte sich eine ziemlich reichliche Menge einer dunklen, dicklichen, etwas klebrigen Flüssigkeit, auf welcher Fettaugen schwammen. Sie hatte die Farbe des venösen Blutes. Sie wurde in einem Reagenzglas aufgefangen. Der Flüssigkeit waren einige wenige feste Blutgerinnsel beigemischt. Fadenartige Verbindungen zwischen der Haut und ihrer Unterlage waren nicht vorhanden; die Ablösung war eine vollständige. Die Fascie erwies sich überall glatt, perlmutterartig glänzend. Nur an einer kleinen Stelle unterhalb des Condylus int. war sie zerrissen; hier quoll zerquetschte Muskelsubstanz aus ihr hervor, von hier stammten offenbar auch die Blutgerinnsel.

Die Wunde wurde mit Salicylgaze tamponirt und mit einem Occlusionsverband versehen. Die Heilung war am 30. Juni vollendet.

Die im sterilisirten Reagenzglas aufgefangene Flüssigkeit zeigte, nachdem sie einige Zeit gestanden war, 3 Schichten. Die obere etwa 3 mm dicke bestand aus Fettkügelchen, die mittlere nahm nahezu zwei Drittel der gesammten Menge ein und bestand in einer röthlich gelben serösen Flüssigkeit; die unterste Schicht wurde von einem dunkelrothen Niederschlag gebildet, welcher bei mikroskopischer Untersuchung sich als aus Blutkörperchen bestehend erwies.

Ich hatte die Flüssigkeit nahezu 2 Jahre lang im watteverschlossenen Reagenzglas stehen; sie veränderte dabei ihr Aussehen und ihre Menge gar nicht. Die oberste Schicht nur wurde etwas fester, talgartig.

III. Fall. Décollement der rechten, zwei Décollements der linken Kniegegend. Verletzung durch Ueberfahren einer Dreschmaschine.

R. J., Oekonom in Grossreuth bei Schweinau, wurde am 7. Jan. 1890 von einer Dreschmaschine überfahren.

Der Befund am 17. Januar, an welchem Tage ich den Kranken zum ersten Male sah, war folgender:

Der Patient liegt mit ausgestreckten Beinen, die er selbständig gar nicht bewegen kann, im Bette. An dem rechten Oberschenkel findet sich eine sehr grosse Abhebung der Haut von ihrer Unterlage; sie nimmt die Gegend oberhalb der Patella ein, erstreckt sich vom oberen Rand derselben 21 cm nach aufwärts und ist unten 17 cm, oben 12 cm breit. Auch auf die beiden Seiten des Oberschenkels setzt sich die Abhebung der Haut fort und reicht an der Innenseite ziemlich weit zungenförmig nach abwärts bis in die Höhe der Tuberosit. tibiae. An der Innenseite, etwa in der Höhe des unteren Randes der Patella befindet sich im abgehobenen Theile der Haut eine dieselbe durchsetzende kleine Wunde, aus welcher sich röthliche, etwas klebrige und mit Eiter und Fettaugen untermengte Flüssigkeit hervorstreichen lässt. Am linken Oberschenkel finden sich 2 Décollements. Das eine an der Innenseite des Oberschenkels beginnt dicht über dem Condyl. int. fem., erstreckt sich 14 cm weit nach aufwärts und ist 6 cm breit. Das andere befindet sich an der Aussenseite des Beines und reicht von der Höhe des Capit. fibul. herauf bis zur Mitte des Oberschenkels. Es ist 23 cm lang; unten 3 cm, in der Kniegelenksgegend 4½ cm und am Oberschenkel 6 cm breit. Die Décollements des linken Oberschenkels sind in sich geschlossen, die Haut ist nicht verletzt. Die in den Taschen befindliche Flüssigkeit ist gering an Menge. Bei dem an der Innenseite befindlichen Décollement kann der Finger sehr tief eindrücken, bis auf den Knochen — es ist ein tiefes Décollement. Das äussere dagegen ist nur oberflächlich, stellt aber nicht einen einzigen Hohlraum dar, sondern ist entschieden durch brückenartige Verbindungen zwischen Haut und Fascie in verschiedene Fächer (Kammern) getrennt. Es lässt sich nämlich die Flüssigkeit, welche bei leichter Hochlagerung des Fusses sich gerade in der Mitte des Oberschenkels ansammelt und hier eine ziemlich starke Hervorwölbung verursacht, im ganzen Bereiche der Haut verschieben, jedoch gelingt dies an einzelnen Stellen nicht ganz ohne Hinderniss. Und dieses Hinderniss geben unzweifelhaft die noch zwischen Haut und Fascie stehen gebliebenen Brücken ab.

Der Umfang des rechten Beines über der Patella beträgt 40,5 cm., der des linken Beines über der Patella 41 cm.

Anfangs bestand die Behandlung darin, dass links ein einfacher Compressiverband, rechts aber ein comprimirender antiseptischer Verband angelegt wurde. Da jedoch die Fiebersteigerungen, welche bereits am 2. Tage nach der Verletzung begonnen hatten, anhielten und das Secret der Wunde am rechten Bein auch anfieng etwas eitrig zu werden, so wurde am 20. Januar durch mehrere Incisionen das Décollement des rechten Beines weit eröffnet und tamponirt. Darauf erfolgte Temperaturabfall zur Norm und ungestörte Heilung. Nur erfolgte anfänglich die Granulationsbildung sehr langsam und auch die definitive Benarbung der Wunden liess lange auf sich warten. Am linken Beine, wo nur mit Compression behandelt wurde, kam es ganz allmählich zur Resorption des Exsudats. Die am 11. Febr., also 4 Wochen nach der ersten Messung wiederholte Untersuchung ergab:

dass das an der Aussenseite gelegene Décollement noch 19 cm lang war, sich allerdings stark verschmälert hatte, und

dass das Décollement an der Innenseite noch 8 cm lang und 4 cm breit war.

Vom 16. Februar an war raschere Abnahme der Flüssigkeit zu constatiren.

Am 4. März war an der Aussenseite der Erguss resorbirt, an der Innenseite war er auf ein Minimum reducirt, doch konnte der Finger hier noch immer sehr tief eindringen.

Am 11. Juni war die Heilung der Décollements vollendet.

IV. Fall. Décollement des linken Unterschenkels nach innen von der Tuberositas tibiae. Sturz mit dem Velociped.

Gr., Kaufmann in Nürnberg, 28 Jahre alt, verletzte sich am 4. April 1890 in folgender Weise: Er fuhr auf dem Velociped mit sehr grosser Geschwindigkeit eine kleine Anhöhe hinab und noch ehe er unten ankam, stiess sein Velociped an einen lockeren, aus dem Boden etwas hervorstehenden Pflasterstein an und fiel nach der linken Seite zu um. Noch ehe es gänzlich umgefallen war, kam der Patient, der noch im Sattel festsass, mit seinem linken Knie in Berührung mit dem Boden und wurde, da das Velociped mit grosser Kraft weiterrollte, in dieser Stellung eine Strecke weit geschleift. Erst dann fiel er gänzlich zu Boden.

Bei der Untersuchung am 5. April fand ich am linken Unterschenkel dicht neben der Tuberositas tibiae und zwar nach innen von derselben eine flache Anschwellung, die mässig schmerzhaft war; dieselbe mass in der Längsachse des Unterschenkels 6 cm, in querer Richtung 7½ cm. Die Anschwellung stellte einen Sack dar, in welchen Flüssigkeit ergossen war. Doch war die Füllung derselben keine pralle, die Haut liess sich leicht emporheben und verschieben. Neben dem inneren Rand der Anschwellung Sugillationen der Haut; die Haut über dem Sacke selbst zeigte keine Veränderung.

Behandlung durch Compressivbinde (Baumwollbieberbinde). Die Resorption des Ergusses war am 18. Mai vollendet, die Haut wieder vollständig mit ihrer Unterlage verwachsen.

Aus den Krankengeschichten erhellt, dass ich an 4 Patienten 6 Décollements zu beobachten Gelegenheit gehabt habe. Es möge mir nun gestattet sein, diese im Vergleiche mit den Schilderungen Köhler's vom Décollement durchzusprechen. Zu dem Behufe will ich zunächst das, was wir über das Wesen und die Hauptcharakteristika dieser Verletzung durch den Autor wissen, hier hervorheben.

Was das Wesen des Décollements anlangt, so handelt es sich darum, dass durch ein Trauma die Haut von ihrer Unterlage, der Fascia superficialis, abgelöst (oder vielleicht besser gesagt, losgeschält) wird, und dass in Folge dessen zwischen beiden ein Hohlraum — eine Tasche — entsteht. Man spricht in einem solchen Falle von einem oberflächlichen Décollement. Nun kann es sich aber ereignen, dass es zu einer Trennung der Fascie von den Muskeln, zu einer Trennung der oberflächlichen Muskeln von den tiefen, dieser wieder vom Periost und des Periostes vom Knochen kommt. Dann spricht man von dem tiefen Décollement. Die Tasche ist in der Regel in sich abgeschlossen, d. h. die losgeschälte Haut erleidet durch das Trauma gewöhnlich keine Continuitätstrennung. In seltenen Fällen entstehen aber Einrisse, welche die ganze Dicke der Haut durchsetzen, so dass die atmosphärische Luft in die Tasche eindringen kann. Unter 22 Fällen hat Köhler nur 1 der letzteren Kategorie beobachtet.

Ausser diesen meist nur kleinen Hautperforationen zeigt nach Köhler die abgelöste Haut im Ganzen nur wenig Veränderungen. Am häufigsten sieht man an ihr noch oberflächliche Einrisse oder Abschürfungen (Epithelverluste). Sugillationserscheinungen und damit auch alle Farbenveränderungen, wie sie durch Blutergüsse hervorgerufen werden, fehlen in ihr wenigstens für die erste Zeit nach der Verletzung vollständig. Dagegen finden sich umsomehr in der Umgebung der abgelösten Haut regelmässig und oft weithin verbreitet Blutergüsse vor, die nicht selten zur Bildung eines harten Walles am Rande der Tasche — ähnlich der Randzone, die wir beim Kephalhämatom meist constatiren können — Veranlassung geben. Erst im weiteren Verlaufe setzen sich diese Blutergüsse der umgebenden Haut auf die abgelöste fort, was sich in der letzteren durch eine allmählich von der Peripherie der Tasche gegen das Centrum zu fortschreitende blaurothe Verfärbung kundgiebt.

Die Tasche selbst stellt in ihrem Innern entweder einen einzigen nirgends unterbrochenen Hohlraum dar — die Haut ist total abgelöst — oder aber es finden sich zwischen ihr und der Fascie noch feine fadenartige Verbindungen. Diese Fäden stammen dann entweder aus der Fascie, haben als solche ein eigenthümliches perlmutterartiges Aussehen und sind in ihrer Mitte äusserst fein, während ihre Enden unter deltaartiger Ausbreitung in die Gewebe, die sie verbinden, übergehen; oder diese Fäden sind aus ihrer Umgebung herausgerissene Nerven

oder endlich isolirte und ihrer Seitenäste beraubte Blutgefässe. In älteren Fällen können die Wandungen der Tasche auch durch Verlöthungen mit einander verbunden sein.

In die Tasche findet regelmässig, oft allerdings sehr langsam, ein Flüssigkeitserguss statt. Derselbe gilt seiner Quantität, wie seiner Qualität nach als pathognomonisch für das Décollement. Seiner Quantität nach deshalb, weil er nie, weder unmittelbar nach dem Trauma, noch auch im weiteren Verlaufe die Tasche vollständig ausfüllt. Es besteht also ausnahmslos und dauernd ein Missverhältniss zwischen der Grösse der Tasche und der Menge ihres Inhaltes.

Der Qualität nach ist der Erguss deshalb charakteristisch, weil die sich in die Tasche ergiessende Flüssigkeit nicht Blut, sondern Lymphe ist, allerdings Lymphe, welcher mehr oder weniger Blut beigemengt ist. Sie zeigt darum die verschiedensten Farbennuancen, vom Citronengelb bis zur Farbe des venösen Blutes. In einem Glase aufgefangen kann man an ihr 3 Schichten unterscheiden, eine obere sehr schmale, hellglänzend schimmernde (mikroskopisch aus Fettkügelchen bestehend), eine mittlere — die umfangreichste — von der Farbe des Blutserums und als unterste einen Niederschlag von verschiedener Stärke und dem Aussehen der Weinhefe (mikroskopisch aus deformirten Blutkörperchen bestehend). Charakteristisch ist für die Flüssigkeit, dass sie, ganz seltene Ausnahmen abgerechnet, bei ihrer Entnahme keine Gerinnungsprodukte enthält und dass sie auch ausserhalb des Körpers selbst bei längerem Stehen keine Neigung zur Gerinnung aufweist. Vor allem finden sich in ihr niemals Blutkuchen wie beim Hämatom vor, nur ganz ausnahmsweise sind einzelne Blutgerinnsel in ihr vorhanden.

Die Grösse der Tasche bei den oberflächlichen, wie bei den tiefen Décollements ist eine sehr verschiedene, sie schwankt zwischen weiten Grenzen. Köhler unterscheidet mit Morel-Lavallée kleine, mittelgrosse und grosse. Zu den ersten gehören die bis zur Grösse eines Handtellers, zu den mittelgrossen solche, welche bis zu 20—30 cm im Geviert haben, der Rest sind die grossen. Die letzteren können eine kaum glaubliche Ausdehnung erreichen; Morel-Lavallée sah einen Verletzten, bei welchem die Haut in der ganzen Circumferenz der unteren Extremität von den Malleolen bis über das Fallopische Band abgelöst war.

Die Décollements finden sich besonders gerne im oberen Theil der unteren Extremität und zwar am häufigsten an deren Aussenseite; in abnehmender Häufigkeit kommen sie dann am Unterschenkel, in der Dorsolumbalgegend, am Kopfe und am Unterleib etc. vor.

Betrachten wir nun unsere 6 Décollements auf all diese Verhältnisse, so müssen wir hervorheben, dass wir bei ihnen unschwer die Ablösung der Haut von der Fascie (resp. der tieferen Theile von einander) mit Taschenbildung, hervorgerufen durch Trauma, haben constatiren können. Wir haben weiterhin an ihnen die Unterschiede zwischen dem oberflächlichen und tiefen Décollement vorgefunden. Zu der ersten Kategorie müssen wir 5, zu der letzteren 1 rechnen. Das letztere ist das in Fall III an der Innenseite des Oberschenkels beobachtete. Dasselbe befand sich nicht nur zwischen Haut und Fascie, sondern erstreckte sich in die Tiefe bis auf den Knochen, von welchem die Weichtheile eine ziemliche Strecke weit abgelöst waren.

Ferner können wir unsere Décollements auch trennen in solche, bei welchen die abgelöste Haut nicht perforirt war, und in solche, bei welchen sie eine Perforation aufwies, so dass die atmosphärische Luft unter sie eindringen konnte. Bei uns waren die Fälle der ersteren Art überwiegend an Zahl, ebenso wie bei Köhler; wir haben zu verzeichnen 4 nicht perforirte, geschlossene und 2 perforirte, offene Décollements. Zu den beiden letzteren gehört das in Fall I und das in Fall III am rechten Schenkel beobachtete. In Fall I war das Décollement, das ja ganz frisch und unmittelbar nach seiner Entstehung zur Beobachtung kam, ganz besonders deshalb interessant, weil in der Tasche eine grosse Menge Luft angehäuft war, die sich unter Entwicklung von Blasen aus der Wunde hervorstreichen liess. In dem zweiten der hier erwähnten Fälle war bereits Eiterung eingetreten. Bemerkenswerth ist für beide Fälle, dass die Hautwunde im Verhältniss zur Grösse der Tasche jedesmal eine ungemein kleine war.

Ob die Tasche aus einem einzigen, nirgends unterbrochenen Hohlraum bestehe oder nicht, darüber konnten wir nur in 2 Fällen (Fall II, und das am rechten Oberschenkel befindliche in Fall III) direct durch die Operation Aufschluss erhalten. Wir fanden hier jedesmal nur einen einzigen Hohlraum vor. Bei dem Décollement an der äusseren Seite des linken Oberschenkels in Fall III konnte dagegen schon die äussere Untersuchung feststellen, dass zwischen Haut und Fascie zahlreiche Verbindungen stehen geblieben waren. Der Befund war hier ein höchst interessanter; ich möchte auf denselben besonders aufmerksam machen. Es liess sich nämlich der Flüssigkeitserguss, welcher bei gewöhnlicher Bettlage in der Mitte des Oberschenkels angesammelt war, nicht frei nach abwärts zum unteren Ende der Tasche verschieben, sondern fand in der oberen Kniegegend vielfachen Widerstand. Diesen Widerstand setzten zahlreiche Stränge, welche sich zwischen Haut und Fascie anspannten. Die herabgestrichene Flüssigkeit staute sich dabei an diesen Strängen, ähnlich wie sich das anströmende Hochwasser an Brückenpfeilern staut, und vermochte erst bei länger wirkendem Druck von oben her zwischen ihnen hindurchzudringen. Man gewann dabei auch den Eindruck, als bestände das Décollement an dieser Stelle aus vielen kleinen miteinander durch enge Oeffnungen communicirenden kleineren Hohlräumen oder Fächern.

Bei den übrigen 3 Decollements blieb die Untersuchung den sicheren Aufschluss über das Verhalten der Tasche schuldig.

Als Inhalt der Tasche fanden wir — wenn wir von Fall I, in welchem in derselben eine grössere Menge Luft angehäuft war und von dem Decollement des rechten Oberschenkels in Fall III, bei welchem offene Eiterung vorhanden war, absehen — jedesmal einen Flüssigkeitserguss vor. Dieser Erguss bot in ganz charakteristischer Weise jene Eigenthümlichkeit, auf welche Köhler besonders aufmerksam macht, dass er niemals die Tasche vollständig, d. h. prall ausfüllte. In Fall II konnten wir uns sogar überzeugen, dass der Erguss in den ersten Tagen nach der Verletzung trotz grosser Tasche unter Umständen nur ein ganz minimaler ist und erst ganz allmählich an Menge zunimmt. Hier betrug, obwohl die Tasche der Grösse eines Handtellers entsprach, die Flüssigkeitsmenge 24 Stunden nach der Verletzung erst soviel, dass sie, wie sich durch das Zusammendrängen in einen Winkel der Tasche nachweisen liess, nur dem Volumen einer kleinen Nuss gleichkam. In den nächsten Tagen stieg dann wohl die Menge der Flüssigkeit beträchtlich, doch war die Tasche niemals prall angefüllt.

Die Qualität der Flüssigkeit konnte — da in keinem Falle eine Probepunction gemacht wurde, und bei den zweien, welche Hautperforation zeigten (Fall I und Fall III der am rechten Oberschenkel befindlichen Décollements) und bei demjenigen, bei welchem die Tasche operativ eröffnet wurde (Fall II.), festgestellt werden. In Fall I war die Flüssigkeit, welche sich aus der frischen Wunde hervorstreichen liess, klebrig und hatte die Farbe des venösen Blutes; im weiteren Verlauf nahm sie aber immer hellere Tinction an und war schliesslich eine rein gelbe. Bei dem Décollement des rechten Oberschenkels in Fall III war die durch die Wunde sich entleerende Flüssigkeit ebenfalls von dicklicher Consistenz, klebrig, weisslich gelb, etwas eiterig, mit Fettaugen untermengt. In Fall II hatte ich durch die operative Eröffnung des Décollements Gelegenheit, eine grössere Menge der Flüssigkeit zu gewinnen und auf ihre Beschaffenheit zu prüfen. Bei ihrer Entleerung war sie dicklich, klebrig und von der Farbe des venösen Blutes; auf ihrer Oberfläche schwammen Fettaugen. Ausserdem waren ihr noch einige grössere Blutgerinnsel beigemengt. In dem Reagenzglas, in welchem sie ohne die Blutgerinnsel aufgefangen worden war, schieden sich an ihr nach einigem Stehen drei Schichten aus. Die oberste 3 mm dick bestand aus Fettkügelchen, die mittlere nahm nahezu $^2/_3$ der gesammten Menge ein und bestand aus einer röthlichgelben serösen Flüssigkeit; die unterste Schichte wurde von einem dunkelrothen weinhefeartigen Niederschlag gebildet, welcher bei mikroskopischer

Untersuchung sich als aus Blutkörperchen bestehend erwies. Es war nun höchst interessant, zu constatiren, dass sich in der aufgefangenen Flüssigkeit, die in dem sterilisirten und mit einem Wattepfropf verschlossenen Reagenzglas aufbewahrt wurde, niemals irgend welche Gerinnungen zeigten. Ich hatte sie nahezu 2 Jahre lang bei mir stehen und während dieser ganzen Zeit waren an ihr durchaus keine Veränderungen zu bemerken; sie blieb sich ihrem Aussehen und ihrer Menge nach immer gleich; nur die oberste Schichte wurde etwas fester, talgartig. Leider bin ich, wie es eben in der Praxis oft geht, nicht dazu gekommen, die Flüssigkeit chemisch untersuchen zu lassen.

Aus dem Verhalten der in diesen drei Fällen beobachteten Flüssigkeit glaube ich mit Sicherheit schliessen zu dürfen, dass es sich bei unsern Décollements jedesmal um Lymphergüsse gehandelt hat. (Schluss folgt.)

Aus dem städtischen Krankenhause zu Augsburg.

Zur conservativen Chirurgie der Hand.[1])

Von Oberarzt Dr. *A. Schreiber* in Augsburg.

III. Beitrag zur functionellen Prognose und Therapie der Industrieverletzungen.

Betrachten wir die eigentlichen Maschinen- und Industrie-Verletzungen der Hand, wie sie trotz aller Verbesserungen und Schutzmaassregeln in den Fabriken doch noch häufig genug vorkommen, so können wir im allgemeinen 3 Haupttypen der Verletzungen unterscheiden:

1) solche durch mehr scharfe, schneidende Gewalteinwirkung, mit Messern, Hackmaschinen, Blechstanzen, Hobel, Kreissägen etc.,

2) gerissene Wunden, durch Erfasstwerden in Spinnmaschinen etc. durch Transmissionsriemen,

3) gequetschte Wunden durch Erfasstwerden und Zermalmung zwischen Walzen, Kammrädern oder ähnlichen Maschinentheilen und Contusionsverletzungen, wie sie auch durch Auffallen schwerer Lasten, Ueberfahrenwerden, Explosionen z. B. Zerspringen eines Pistols etc. vorkommen.

Es ist selbstverständlich, dass das Characteristische dieser Wunden nicht immer absolut ausgesprochen ist, so sieht man z. B. durch Transmissionsriemen hervorgerufene Wunden Weichtheile und Knochen oft so glatt durchsetzen, dass sie wie Beilhiebwunden aussehen. Anderntheils kommen auch mehr gemischte Formen vor.

Der Hauptunterschied wird immer der bleiben, ist die Wunde eine inficirte oder nicht, und die Behandlung wird zunächst immer das erstere anzunehmen haben.

Der Hauptgrundsatz in der Behandlung der Handverletzungen wird stets der der Antisepsis bleiben, wenn man die durch die Verletzung bedingten directen und indirecten Gefahren vermeiden will. Die Wunden werden nach entsprechender Reinigung der Umgebung mit Seife und Terpentinöl mit antiseptischen Lösungen (Sublimat, Rotterin, Carbol) ausgespült und antiseptisch verbunden. Zu warnen ist hier nur vor feuchten Verbänden mit 5 proc. Carbolsäure, da man zuweilen Fälle beobachtet hat, wo ein von einem Bader auf eine Fingerwunde applicirter Carbolverband Mumificirung des Fingers zur Folge hatte.

Glattrandige, scharfe Wunden wird man natürlich nähen, denn gerade an der Hand ist die Indication vorhanden, wenn möglich, störende Narben zu vermeiden, insbesondere näht man auch abgelöste Hautlappen an, die, wenn sie noch mit schmaler Brücke mit der übrigen Haut verbunden sind, leicht wieder anheilen, wenn sie sofort in ihrer früheren Stelle angenäht und durch antiseptischen Verband bedeckt werden; insbesondere gilt dies von den so häufigen Hautabtrennungen an den Fingerenden (wie weiterhin zu betonen sein wird), die sehr störend für die spätere Function sich geltend machen können. Wo unter dem Hautlappen tiefere Verletzungen stattgefunden haben, eventuell Sehnen etc. genäht sind, wird man an den tiefsten Stellen kleine Lücken lassen resp. Drains anlegen, damit nicht bei eventuell auftretendem Secret eine Secretstauung stattfindet; kleine zusammengefältelte Silkstückchen eignen sich dabei oft besser zur Drainage, als die relativ dicken Gummiröhren. (Nussbaum.)

Um gleich hier die Totalabtrennungen ganzer Theile der Finger oder übrigen Hand zu besprechen, so ist es keine Frage, dass sowohl grössere als kleinere, Fingerspitzen und -kuppen, ja ganze Finger durch scharfe Wunden abgetrennt, wieder zur Anheilung gebracht werden, wenn sie rasch und genau wieder adaptirt und befestigt werden. Bei den günstigen Gefässverhältnissen der Hand nimmt es uns nicht Wunder, dass eine oft schmale Weichtheilbrücke noch zur Wiederherstellung der Circulation genügt, die Anheilungen nach totaler Abtrennung aber haben von jeher etwas die Aerzte ganz besonders interessirendes gehabt, so dass manche (Dieffenbach) eine eigene Vitalität der gänzlich abgetrennten Körpertheile annehmen zu müssen glaubten. — Was nun aber die functionellen Erfolge der nach Totalabtrennung erzielten Wiederanheilungen von Fingern anlangt, so sind dieselben doch derart, dass man die Anheilung nur da versuchen wird, wo der betroffene Finger auch mehr weniger steif noch grossen Werth hat, also in specie am Daumen und Zeigefinger; im allgemeinen darf man wohl annehmen, dass die grössere Mehrzahl der Fälle, in denen man die Anheilung versucht, erfolglos ist; da natürlich nur die günstigsten Fälle mitgetheilt wurden, könnte man leicht zu falscher Ansicht kommen, wenn man die Fälle von Piedagnel, Sommé, Bauchêne, Balfour, Garanget, Bertrand, Daniell, Goschler, Azam[2]), Gluck[3]), Zatvonitzky[4]) etc. betrachtet. Bérenger Ferand stellte 34 Fälle von Anheilung nach vollständiger, 53 nach unvollständiger Abtrennung von Fingertheilen zusammen. Jedenfalls kommt bei glatten nicht gequetschten Abtrennungswunden allein, wenn noch nicht lange Zeit seit dem Unfall verstrichen, ein Anheilungsversuch in Frage, während bei stärkerer Quetschung der Weichtheile, Splitterung des Knochens die primäre Amputation eventuell mit möglichster Ausnutzung des vorhandenen Hautmaterials in ihre Rechte tritt. Zuweilen ist auch die Frage in komischer Weise dadurch in negativem Sinne entschieden, dass der Patient, wie ich es einmal beobachtete, das abgetrennte Fingerglied in Spiritus mitbrachte.

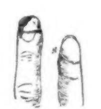


Fig. 1. Anheilungsresultat nach Totalabtrennung der Fingerspitze.

Total-Abtrennungen kleiner Stücke geben natürlich viel günstigere Prognose und die Anheilung abgetrennter Fingerspitzen gelingt viel leichter, als solche grösserer Parthien, ja wenn eine noch so geringe Brücke erhalten, gehört in ersteren Fällen das Gelingen der Anheilung zur Regel. Fig. 1 zeigt einen derartigen Fall. Wie weiter unten zu betonen sein wird, stellt der Daumen nach Abtrennung des Endgliedes die entschiedenste Indication für conservativste Behandlung.

Wiederanheilungen von abgetrennten Theilen desselben, nach scharfen Abtrennungen sind hier unter allen Umständen anzustreben und häufig auch vom besten Erfolg begleitet, wie der folgende Fall zeigt:

Silv. G., 20 jähriger Schlosser, hatte das Unglück, dass ihm bei einem wuchtigen Hieb auf eine Fassdaube diese ausglitt und er seine eigene linke Hand mit dem Beil traf, so dass der Daumen bis auf eine schmale innere Weichtheilbrücke abgetrennt wurde, die aber die Beugesehne unverletzt enthielt. Patient kommt mit einem stark blutdurchtränkten Verband in's Spital und bittet, ihm den Daumen völlig abzunehmen. Da aber der Daumen nicht kalt, also Blutversorgung von der volaren Brücke her noch besteht, wird nach Auswaschung der Blutcoagula der durchtrennte Metacarpus I adaptirt, das Periost vernäht, Abductor und Strecksehne vereinigt und nach Einlegen eines Drains auch die Hautwunde genäht, antiseptisch verbunden und in Streckstellung des Daumens fixirt. Der Verlauf war Anfangs normal, am 5. Tage entwickelte sich unter Fieber, Schmerz etwas Secret, das nach antiseptischer Ausspülung rasch sistirte, doch wurden einige Nähte gelöst, so dass ein grösserer Theil der Wunde erst durch Granulationen heilte. Als Ursache des Secrets zeigte sich nach einigen

---

[1]) Vergl. d. W. 1890 No. 29 u. ff. und 1891 No. 49 u. ff.

[2]) Journ. de med. de Bordeaux 60, No. 7.

[3]) Berl. klin. Wochenschr. No. 32 p. 733.

[4]) Annals of surgery 1890.

Tagen eine abgestossene Catgutligatur, nach deren Entfernung die Wunde rasch heilte. Patient wurde mit opponirbarem Daumen entlassen, dessen Streckfähigkeit allerdings noch keine vollständige war. Fig. 2 und 3 zeigt die Lage der Narben.

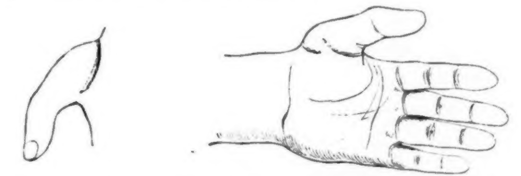


Fig. 2. Nahezu völlige Abtrennung des Daumens. Conservirung.

Fig. 3. Resultat nach fast totaler Abtrennung des Daumens.

Einen ähnlichen Fall habe ich noch zur Zeit im Hospital, bei dem durch ein Beil der Daumen dicht unter dem Metacarpusköpfchen durchhackt, Streck- und Abductorsehnen durchschlagen waren und ulnar eine 6 cm breite, radial eine kleinere Wunde (zwischen denen eine dorsale und volare Hautbrücke restirte) vorhanden war. Die Sehnennaht machte weitere Incisionen nöthig, die Heilung erfolgte völlig per primam, der Daumen ist noch jetzt (nahezu 2 Monate nach dem Trauma) in seinen Excursionen sehr beschränkt, der Callus am 1. Metacarpus deutlich zu fühlen. Patient kann Gegenstände anfassen und mit Kraft festhalten, wird noch mit Massage etc. behandelt.

Nächst dem Daumen sind die den Zeigefinger betreffenden Fälle die wichtigsten.

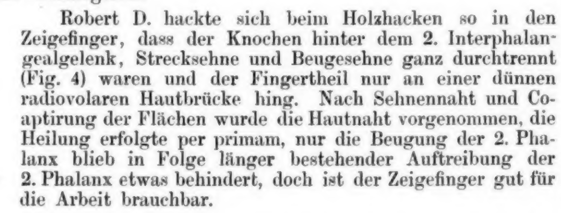


Fig. 4.

Robert D. hackte sich beim Holzhacken so in den Zeigefinger, dass der Knochen hinter dem 2. Interphalangealgelenk, Strecksehne und Beugesehne ganz durchtrennt (Fig. 4) waren und der Fingertheil nur an einer dünnen radiovolaren Hautbrücke hing. Nach Sehnennaht und Coaptirung der Flächen wurde die Hautnaht vorgenommen, die Heilung erfolgte per primam, nur die Beugung der 2. Phalanx blieb in Folge länger bestehender Auftreibung der 2. Phalanx etwas behindert, doch ist der Zeigefinger gut für die Arbeit brauchbar.

Als Beispiel einer gelungenen Wiederanheilung, die trotzdem später die Amputation indicirte, mag folgender Fall kurz erwähnt sein.

Eduard M. gerieth in eine Kreissäge, wodurch ihm der linke Daumen nahe dem Interphalangealgelenk ganz, der Zeigefinger bis auf eine ganz schmale Hautbrücke abgetrennt wurde und zwar dicht oberhalb des 1. Interphalangealgelenks mit Eröffnung dieses und Splitterung des Knochens, das oberste Drittel der 1. Phalange ist ganz losgelöst und wird entfernt, die Conservirung des Fingers, trotzdem 1/2 Stunde seit der Verletzung verstrichen, der abgetrennte Finger kühl und cyanotisch ist und nur die ulnare Seite desselben empfindlich, die Hautbrücke an der Ulnarseite nur ca. 1 cm breit ist, wird versucht. Beugesehnen und Strecksehne werden durch die Naht vereinigt, ebenso das Periost und ringförmig die Haut; nur ein ca. 5 pfennigstückgrosses Hautstück an der ulnaren Seite gangränescirte und es kam ohne Secret und bei nur einmaliger Steigerung der Temperatur auf 38° zur Anheilung, aber trotz baldiger Massage und passiver Bewegungen trat mehr und mehr eine Atrophie des peripheren Fingerstückes ein, (wie Fig. 5 zeigt), es wurden die an



Fig. 5.

der Dorsalseite des Fingers gewöhnlich vorhandenen Hautfalten allmählich ganz verstrichen, der Umfang des Fingers geringer, die Beweglichkeit, besonders stärkere Beugung machte keine Fortschritte, nach fast 1/4 Jahr bat Patient, ihm den Finger zu entfernen, was an der Abtrennungsstelle mit möglichster Erhaltung des Grundgliedes dann auch geschah.

In dem relativ langen, gut abgerundeten, völlig schmerzlosen Daumen und der beweglichen Grundphalanx des Zeigefingers hat M. immerhin noch ein brauchbares Oppositionsorgan.

Ohne weitere derartige Fälle mitzutheilen, deren grosse Mehrzahl mir, zumal wenn die Durchtrennung in der Gelenkslinie erfolgt war, quoad **Motilität** doch nur ein sehr unbefriedigendes Resultat gab, möchte ich nur noch die Fälle speciell hervorheben, wo durch scharfe Instrumente (Hackbeile etc.) ein Finger mehr in der Längsrichtung durchtrennt wurde, wie man das bei Metzgern etc. zuweilen beobachtet. Finger, die völlig in der Sagittallinie gespalten, werden sich kaum conserviren lassen und könnte höchstens Daumen oder Zeigefinger doch einen conservativen Versuch veranlassen. Wenn aber die Durchtrennung so erfolgt, dass die Spaltung mehr seitlich, mehr eine Randschicht von den Knochen mit abgeschlagen, so kann unter Entfernung dieser letzteren, wenn sie sich nicht ganz gut adaptiren lässt, Erhaltung des Periosts, sorgfältiger Naht ein gutes Resultat erreicht werden, wie der folgende Fall zeigt.

Der Metzger Alb. W. verletzte sich beim Wurstmachen so, dass der Zeigefinger der ganzen Dicke nach nahezu längsgespalten wurde, indem eine äussere kleinere Hälfte der 1. und 2. Phalanx bei eröffnetem Interphalangealgelenk mit einem langen seitlichen Hautlappen herabhing, auch von der Strecksehne ein lateraler Rand mit abgetrennt war. Nach rückwärts reichte die Durchtrennung der Phalanx bis hart an's Gelenk. Da eine vollständige Adaptirung der abgetrennten Knochenstücke sich nicht bewerkstelligen liess, wurden diese sozusagen aus ihrer Periostschale ausgelöst und entfernt und auch das Periost über die Knochengelenkswunde hergenäht, (eine Sehnennaht erwies sich nicht nöthig). Nach einigen Ligaturen wurde der Hautlappen mit Freilassen einiger Drainlücken angenäht. Die Heilung erfolgte grösstentheils per primam int., nur in der Mitte trat etwas Secret auf. Das Endresultat war ein völlig günstiges, der Finger später in der Form kaum verändert, die Flexion blieb allerdings auf 1/2 der Norm beschränkt, hat sich aber wohl seitdem noch gebessert.

Im allgemeinen sind Anheilungsversuche abgetrennter Fingertheile von geringerer praktischer Bedeutung, als man primä glauben sollte. Zuweilen kommt es nach solchen Anheilungen doch noch später zu theilweisen Abstossungen, wie z. B. in einem Fall von **Gluck** bei nach $3^1/_2$ Stunden noch unternommener Anheilung eines zwischen Grund- und Mittelglied abgeschlagenen Zeigefingers, wo zwar die Endphalanx mumificirte, die Mittelphalanx aber dauernd lebensfähig blieb, oder in einem Falle von **Beau**, wo sich von dem wieder angeheilten Daumenende später ein Stückchen der Endphalanx nekrotisch abstiess.

Es ist in all' solchen Anheilungsversuchen abgetrennter Theile selbstverständlich, dass die Desinfection mit warmen, nicht zu concentrirten, antiseptischen Lösungen erfolgt und für genügende Erhaltung des Contacts der Wundflächen gesorgt sein muss. Besonders in den Fällen, wo grössere Weichtheillappen (wie z. B. an den Fingern durch Hobeln etc.) abgetrennt wurden, wird sich nach der Wiederannähung das Bedecken mit Silk protectiv empfehlen, da sonst beim ersten Verbandwechsel der Lappen mit der Verbandsgaze verklebt sein und leicht wieder abgetrennt werden könnte.

Betreffs der so häufigen Abtrennungen an den Fingerspitzen sei hier nur noch erwähnt, dass, wenn durch solche der Nagel mit durchtrennt ist, eine primäre Entfernung desselben nicht nöthig ist, wo dagegen der Nagel allein mit seiner Epidermisumgebung abgetrennt ist und nur noch an einem seitlichen etc. Rand hängt, wird man denselben natürlich lieber ganz lostrennen und entfernen, als durch ein Belassen resp. Replacement desselben dem Patienten heftige Schmerzen verursachen zu lassen (wie ich es einige Male von Aerzten sah, die den mit dem Nagelbett losgerissenen Nagel wieder an seine Stelle zu bringen suchten).

Weitaus die grössere Mehrzahl der im gewöhnlichen Leben und speciell in der Industrie vorkommenden Handverletzungen fällt nun allerdings in das Gebiet der gerissenen und gequetschten Wunden, die, wenn sie auch eine primäre Vereinigung seltener indicirt erscheinen lassen, der conservativen Behandlung doch nicht wesentlich ungünstigere Chancen bieten.

Relativ häufig sind die Verletzungen, wo die **Haut** von Maschinentheilen gestreift oder von solchen erfasst in grösserer oder kleinerer Parthie abgerissen, eventuell wie ein Handschuh abgestreift wurde (wie z. B. **Albert** einen solchen durch eine

Maccaronimaschine erzeugten Fall von Hautabstreifung der ganzen Hand erwähnt), oder wo durch Hängenbleiben an einem Ring etc. durch diesen die Haut eines Fingers abgestreift wurde, wie ich derartige Fälle mit gleichzeitiger Luxation des Fingers beobachtete.[5]) Trotz der Versuche, derartige abgestreifte Hauttheile wieder zu replaciren und anzunähen, hatte ich nie damit Erfolg, was im Gegensatz zu sonstigen, oft weiten Hautunterminirungen, die nicht zur Nekrose derselben führen, etwas auffallendes hat und sich eben wohl dadurch erklärt, dass nicht allein die von der Tiefe her in die Haut eindringenden Gefässe abgerissen, sondern auch der Hauttheil selbst vor dem Einreissen einer enormen Spannung und Zerrung ausgesetzt war, die auch die Gefässversorgung von der umgebenden Haut her unterbrachen. Bei solchen Hautabreissungen an minderwerthigen Fingern wird die Entfernung indicirt sein, bei Daumen und Zeigefinger jedoch wird man die Haut der Umgebung oder besser von entfernteren Gegenden zur Bedeckung des Defects heranziehen und hiedurch oft noch ein werthvolles Glied erhalten.

Ganz besonders trifft jedoch die conservative Bedeutung solcher Hautüberpflanzung für Hautdefecte nach Traumen des Handrückens und der Vola bei mehr weniger intacten Fingern und Sehnenapparat etc. zu.

Ich habe kürzlich an anderer Stelle[6]) über mehrfache derartige Fälle berichtet und bin überzeugt, dass die Bedeutung der grösseren Hautüberpflanzungen speciell gestielter Lappen aus entfernten Regionen für die conservative Chirurgie noch nicht allgemein genügend gewürdigt ist. Dieselben sind um so mehr indicirt, wenn dadurch wie bei Defecten über Gelenken, Sehnen etc. eine Art Vertrocknungsnekrose der freigelegten tieferen Gebilde und spätere Contracturen und Deformitäten verhütet werden können.

Die schönen Erfolge, wie sie Bardenheuer[7]) und andere mitgetheilt haben, werden wohl mehr und mehr Nachfolger finden und bald keine Seltenheit mehr sein. — Dass die früheren Reverdin'schen Transplantationen an der Hand nicht viel Erfolg aufzuweisen haben, ist wohl zweifellos, ich möchte nur in Fig. 6 ein typisches Beispiel in einer Hand geben (die wohl mehr an eine Pfote erinnert) — das Resultat einer mit vieler Mühe vor vielen Jahren durchgeführten Transplantationsbehandlung mit zahlreichen Reverdin'schen Ueberpflanzungen. In den meisten derartigen Fällen erfolgen Wiederabstossungen, Nekrosen der tieferen Gewebe oder nachträgliche Narbenschrumpfung und hoffnungslose Contratur.

Fig. 6. Contractur nach Hautdefect.

Narbencontractur der Finger nach Hautdefect der Vola trotz zahlreicher angeheilter Reverdin'scher Transplationen.

Ant. H., 25 Jahre alt, Fabrikarbeiter, wurde am 14. III. 75 wegen einer schweren Maschinenverletzung der linken Hand in's Spital gebracht. Er hatte beim Herausholen des geglätteten Papiers seine linke Hand in die Glättwalzen gebracht und erlitt hierdurch (da die untere Walze mit Dampf gefüllt ist) eine gerissene und verbrannte Wunde der linken Hohlhand, er benützte zunächst für mehrere Stunden Oel und Cerat. Handrücken und Finger zeigten sich ziemlich stark geschwellt, die letzteren mit Blasen bedeckt, die Vola zeigt unmittelbar von dem Handgelenk einen bogenförmig zum Daumenballen und diesen noch in sich begreifend bis zur äusseren Fläche zwischen Daumen und Zeigefinger reichenden, hart sich anfühlenden zusammengedrehten Lappen, die Vola selbst liegt bis zur Aponeurose bloss, letztere ist noch an einzelnen Stellen fein durchlöchert. Am Rand der Wunde, ebenso am Lappen selbst Brandblasen, besonders auch an den Fingern. Die wenig blutende Wunde schmierig und unrein. Nach Reinigung mit Carbol wird der Lappen so gut als möglich mit einigen Nähten befestigt, bald zeigt sich hohes Fieber, bei brandigem Geruch der Wunde und wird deshalb schon nach 2 Tagen der gangränöse Hautlappen und eine Masse dicken Muskelbreies entfernt, wodurch die Wunde beträchtlich tiefer, der Metacarpus II blossliegt; am 18. muss der gangränöse Zeigefinger entfernt werden und zeigen sich nun neben hässlichem Aussehen der Wunde mehrfache arterielle Blutungen aus Aesten der Radialis etc., die mehrfache Unterbindung, Anwendung des Ferrum candens, Compression benöthigen, auch macht eine Phlegmone Incisionen am Vorderarm nöthig. Nach ca. 10 Tagen hat sich die Wunde gereinigt, zeigt schöne Granulationen, doch liegen auch Metacarpus I, Os hamatum und capitatum in der Wunde etwas bloss, ebenso das Os pisiforme, die Secretion ist immer noch gross, so dass Pulv- Arg. nitr. und Alumen als Streupulver angewandt werden. Mitte April müssen einzelne abgestorbene Knochenstückchen (ein Theil des Metacarpus I u. 2, u. 3) entfernt werden, ebenso gangränesciren die Endphalangen. Auch die vordere Epiphyse des Metacarpus II und das Os pisiforme stossen sich grösstentheils ab. Nachdem die Wunden am 4. und 5. Finger völlig geheilt und die Wunde der Vola gut granulirt, werden am 18. V. Reverdin'sche Transplantationen ausgeführt (7 Stück aus dem Oberarm), die sämmtlich anheilen, und nach wenigen Tagen weitere 10 Stück aufgepflanzt, von denen bald eine weitere Bedeckung der Vola mit Epidermis vor sich geht, so dass Anfangs Juni die Granulationsfläche nur noch thalergross und von zahlreichen, gute periphere Epidermisbildung zeigende Inseln besetzt ist. Die Stellung der Finger wurde aber mehr und mehr krallenförmig, die active Beweglichkeit fast aufgehoben, die passive in den Phalangealmetacarpalgelenken sowohl, als den Interphalangealgelenken wenig beweglich, in ersteren in beschränkterem Maasse. Am 17. VI. 75 wurde Patient entlassen, allmählich bildete sich der jetzige Zustand aus.

Eine besondere Besprechung scheinen mir noch die scharfen Abreissungen der Fingerenden, wie sie besonders beim Hobeln vorkommen, zu verdienen, die event. primären Hautüberpflanzungen (Uebertragung gestielter kleiner Lappen) günstige Chancen bieten. Die dorsalen Defecte laden um so mehr zum Conserviren ein, als die wichtige Pulpa der Finger hierdurch erhalten wird. Ist das Nagelbett ganz mit weggerissen, so wird freilich nur ein nagelloses Fingerende erhalten. Ohne Hautüberpflanzung führen Defecte des Fingerendes am Dorsum meist bald zu einem Heraufzerren des Fingerendes.

Als Beispiel möchte ich in Fig. 7 nur die Hand eines Schreiners anführen, der sich die Rückenfläche der mittleren Fingerenden incl. Nägel bis auf den Knochen abgehobelt hatte und bei dem ich versuchen wollte, eine Benarbung unter dem Blutschorf abzuwarten, die Heilung erfolgte, aber die Fingerspitzen wurden durch die die Stelle der Nägel occupirenden Narben so nach rückwärts gezerrt, dass Patient die Amputation verlangte, die dann auch ausgeführt wurde, — es wäre das somit einer der seltenen Fälle, in denen mit der Conservirung zu weit gegangen war.



Fig. 7. Dorsalcontractur der Fingerspitze nach conservativem Versuch.

Viel wichtiger erscheint mir die Thatsache, für die ich den folgenden Fall anführen möchte, dass man wegen Totalabreissung der Pulpa nicht das Endglied zu entfernen braucht, wenn man, wie in dem betreffenden Fall, sofort Hautlappen überpflanzt oder secundär auf die Granulationsfläche Transplantation ausführt.

Maschinenverletzung. Verlust der Pulpa mehrerer Finger. Wiederersatz durch Transplantation gestielter Lappen aus dem Vorderarm.

Johann H., 20 Jahre alt, Fabrikarbeiter, gerieth am 16. III., als er ein an einer Walze hängengebliebenes Stück Tuch frei machen wollte, mit den Fingern zwischen die Walzen und erlitt starke Verletzungen an den Fingerspitzen besonders rechts. An den Endgliedern des rechten Zeigefingers und noch mehr am 3. und 4. Finger sind die Weichtheile bis auf Sehne und Knochen, welche wie frei präparirt blossliegen, weggerissen, am Mittelfinger überragt die ganz frei gelegte Spitze der Phalangette die Weichtheilwunde um einige mm. Von den Nägeln ist überall nur die obere Partie weggerissen, d. h. das Nagelbett und der untere Theil desselben erhalten.

An der linken Hand ist nur die volare Kuppe am Mittelfinger total abgerissen, während selbe am Zeige- und Ringfinger nur ziemliche Risswunden erlitten hat. Um nicht die verletzten Finger am 2. Glied amputiren zu müssen, wird der Versuch gemacht, die zu Verlust gegangen Volarweichtheile durch Transplantation zu ersetzen, und zwar wird zunächst ein entsprechendes Hautstück aus dem Oberarm entnommen und der Mittelfingerspitze rechts volar aufgenäht, für rechten Ringfinger und linken Mittelfinger werden gestielte der Dorsalseite des entgegengesetzten Vorderarms entnommene Hautläppchen verwendet, indem die Vorderarme in bequemer Stellung gekreuzt und fixirt werden, so dass die Finger der äusseren Vorderarmfläche der anderen Seite anliegen und ein etwas grösser bis auf seinen Stiel ausgeschnittenes Hautstückchen dem Defect möglichst vollständig auftransplantirt resp. an den Rändern angenäht wird, während

[5]) Compl. Luxationen. Tübingen, Laupp, 1883.
[6]) Wiener med. Wochenschrift. 1891.
[7]) Deutsche Chirurgie, Lief. 63.

die durch die Lappenentnahme entstandenen Hautdefecte am Vorderarm sogleich vernäht werden. Die übergepflanzten Lappen werden mit Borvaseline und Silk bedeckt, sodann ein antiseptischer und fixirender Verband angelegt. Nach ungestörtem Verlauf werden nach 8 Tagen die Läppchen, die gut angeheilt sind, hübsch roth aussehen, am Stiel abgetrennt und möglichst vollständig der Spitze adaptirt. Der frei übertragene Lappen am rechten Mittelfinger sieht dunkelroth, von Hämorrhagien durchsetzt aus, die Epidermis desselben ist abgehoben und schon nach wenigen Tagen zeigt sich, dass derselbe fast ganz der Gangrän verfällt, so dass die Ueberhäutung am rechten Mittelfinger eine narbige und unbrauchbare werden wird. Bei der Entlassung am 5. V. hat H. nur am rechten Mittelfinger und weniger an dem rechten Zeigefinger eine etwas conische mit narbiger Haut bedeckte Fingerspitze, am linken Mittelfinger und rechten Ringfinger d. h. an den Fingern, wo der Defect am grössten war und deshalb gestielte Lappen aufgeheilt wurden, zeigt sich eine hübsche, gut bewegliche und weiche prominente Pulpa, die Nägel sind noch verkürzt, das Tastvermögen auch an den übergepflanzten Lappen vorhanden. Fig. 8 zeigt gut den Unterschied der abgerundeten fast normalen Fingerspitzen von der conischen mit narbiger Haut bedeckten (am rechten Mittelfinger), wo die Transplantation misslang. H. geht seiner Arbeit wie früher wieder nach.

Fig. 8. Defect der Fingerpulpa durch Maschinenverletzung. Hautüberpflanzung.

Ein Umstand, der übrigens bei Begutachtung für die Unfallversicherung, also speciell in Hinsicht auf Prognose auch in völlig erfolgreichen Fällen von Hauttransplantationen auf Hautdefecte in Betracht zu ziehen ist, ist der, dass oft späterhin allmählich ein eigenthümlicher Schwund des ganzen betreffenden Theiles resp. Fingers vorkommt, der oft erst nach längerer Zeit auffällt und kaum der meist unbedeutenden Narbe allein zuzuschreiben ist, sondern mehr als „trophische“ Störung angesehen werden muss.

Ich möchte hier nur in Fig. 9 und 10 ein derartiges Beispiel anführen, das die Hand eines Knaben zeigt, bei dem durch Maschinenverletzung ein über qcm grosser Hautdefect auf der Zeigefingerstreckfläche entstanden und durch Anheilung eines aus dem Oberarme entnommenen Hautläppchens verheilt worden war. Der Zeigefinger wurde allmählich dünner, die Haut zarter, glatter, die Falten an der Rückfläche verstrichen. Die Beweglichkeit blieb in der stärkeren Flexion beschränkt, der Zeigefinger ist weder schmerzhaft, noch empfindungslos, wird gut bei der Arbeit benützt, aber die Dünnheit desselben fällt jetzt noch mehr auf, als zur Zeit der Aufnahme der Fig. 10.



Fig. 9. Hautabreissung am Zeigefinger.

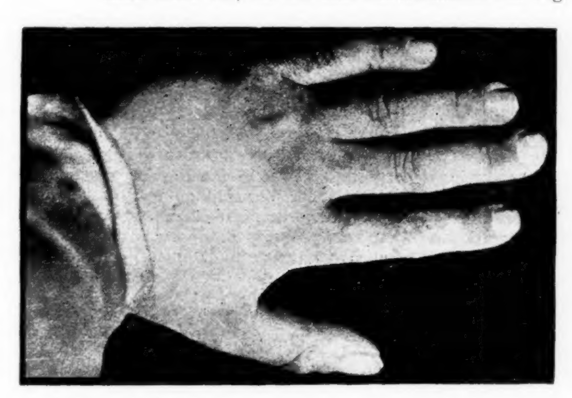


Fig. 10. Resultat nach Hautüberpflanzung. Leichte Atrophie des Fingers.

Weniger verwundern uns derartige spätere Atrophien bei tiefergehenden Verletzungen, so sah ich z. B. kürzlich einen Mann nach einem Jahre wieder, der sich durch eine Maschinenverletzung einen über fingergliedgrossen Hautdefect an der seitlichen Zeigefingerfläche mit Fractur der Grundphalanx zugezogen hatte, der durch eine Hautlappentransplantation vom Thorax her rasch geheilt war. Beim Dienst als Laborant erfolgte mehrmaliges Aufbrechen der betreffenden Stelle und jetzt (nach ca. $1^1/_2$ Jahren) ist der ganze Zeigefinger wesentlich dünner, die Flexion ist um $^1/_3$ beschränkt, der überpflanzte Hautlappen von seiner Umgebung kaum zu unterscheiden.

Meist ist allerdings bei derartigen Hautabreissungen die Umgebung so gequetscht und sugillirt, dass Hautüberpflanzungen erst secundär in Betracht kommen.

Steht nach Abreissungen der Fingerkuppen die unbedeckte Phalangette aus der Wunde hervor, so ist natürlich primäres Abrunden mittelst Luer'scher Zange etc. angezeigt, eine Ausnahme würde höchstens der Daumen machen (wie später noch auszuführen), dessen Kurzwerden man möglichst vermeiden möchte, hier könnte unter Umständen auch bei solchen Defecten an der Spitze der Blutschorf zur Gewebsanbildung benützt oder spätere Hautüberpflanzung von entfernter Stelle ausgeführt werden.

Ein nicht minder lohnendes Feld liefern der conservativen Chirurgie die tieferen Verletzungen mit ausgedehnteren Weichtheilzerreissungen, mit Durchtrennung von Sehnen, Eröffnung von Gelenken etc. Dass durch Maschinengewalt aufgerissene Gelenke unter antiseptischem Verband selbst mit brauchbarem functionellen Resultat ausheilen, rechnet nicht mehr zu den Seltenheiten, wenn auch die Mehrzahl meiner Beobachtungen als Schlussstatus mehr oder minder beschränkte Beweglichkeit darbot.

Unter allen Umständen müssen womöglich auch schwere Gelenktraumen am Daumen conservativ behandelt werden, da ja dieser Körpertheil auch bei beschränkter Beweglichkeit noch von enormem Nutzen ist, und mag hier als Beispiel nur der folgende Fall als Typus solcher Gelenktraumen angeführt sein.

Michael E., 13 Jahre alt, kam mit der Hand unter ein Hackbeil, er konnte den Daumen nicht mehr strecken, man sah das breit klaffende Gelenk und wurde sofort ein Nothverband angelegt. Bei der Aufnahme zeigte sich eine 2 cm grosse breit klaffende Wunde an der Dorsalseite des Metacarpophalangealgelenkes des linken Daumens, die Sehne des Extens. pollicis long. durchschnitten, das Gelenk breit eröffnet, ein kleiner Theil der Phalangenbasis abgespalten. (Fig. 11.) Das periphere Ende der Strecksehne ist leicht zu finden, zur Aufsuchung des centralen dagegen eine Längsincision nöthig. Nach Unterbindung einiger Gefässe, sorgfältigster Desinfection wird die Gelenkkapsel mit fortlaufender Catgutnaht vereinigt, die Sehne nach Wölfler genäht, die Wunde nur theilweise geschlossen und antiseptischer Verband angelegt. Die gestreckte Stellung wurde für ca. 14 Tage durch einen Gypsverband gesichert. Nach Abnahme des Verbands ist die Wunde reizlos, der offen gelassene Theil mit Granulationen erfüllt, die Heilung verlief ungestört, nach 2 Monaten war die Beweglichkeit in ihren Excursionen noch etwas beschränkt, doch konnte Beugung und Streckung in etwa $^1/_2$ der Norm ausgeführt werden. Fig. 12 zeigt die Narbe und Streckfähigkeit des Daumens.



Fig. 11. Verletzung d. Daumengrundgelenkes.

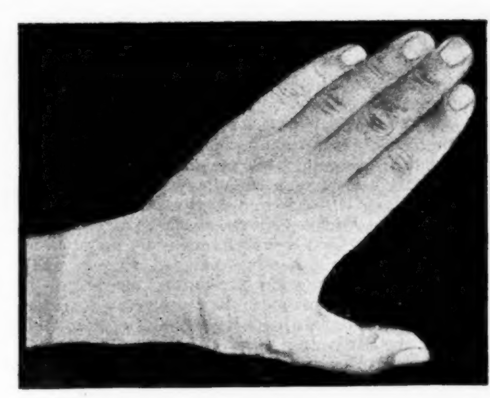


Fig. 12. Resultat nach conservativer Behandlung.

Bei den übrigen Fingern sind allerdings Gelenkaufreissungen doch meist Complicationen, die die spätere Beweglichkeit des betroffenen Gliedes sehr in Frage stellen. Es gilt dies zunächst für die in Spinnereien so häufigen Längszerreissungen der Weich-

theile an der Dorsalseite, bei denen sich häufig die Dorsalsehne der Länge nach zerrissen findet (ein Umstand, der an sich allein die Prognose noch nicht ungünstig machen würde) und bei denen feine Gelenkeinrisse leicht im Anfange übersehen werden können, später jedoch häufig ihre deletäre Bedeutung geltend machen.

Aber auch ausgedehnte Weichtheilzerreissungen in der Vola der Finger lassen noch Conservativbehandlung zu, nur wird man sich nicht viel mehr erwarten dürfen, als einen in mittlerer Stellung steifen Finger.

Als Beispiel möchte ich in Fig. 13 nur eine typische Maschinenverletzung (durch einen „Wolf“ in einer Filzfabrik entstanden) anführen, bei der ausser Aufreissung der Volarfläche der Finger mit Anreissung der Sehnen und complicirter Luxation des 1. Interphalangealgelenkes am 2. und 3. Finger auch eine mit Blossliegen der Daumenendphalanx einhergehende ausgedehnte Risswunde der Daumenspitze, sowie Abreissung der Nägel und Fingerspitzen am 2. und 3. Finger vorhanden war und Heilung mit gut brauchbarer, wenn auch quoad 2. und 3. Finger mit Contractur mittlerer Flexion erfolgte.

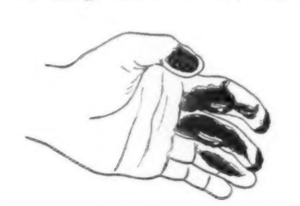


Fig. 13. Filzmaschinenverletzung. Zerreissung der Finger Volarseite. Compl. Luxation. Anreissung der Beugesehne. Abreissung der Nägel.

Sind Gelenkeröffnungen nicht gleich im Anfang antiseptisch behandelt worden, so kommt es meist unter Fieber, Schmerzen etc. bald zu einem Bild destruirender Gelenkerkrankung mit serös eiteriger oder rein eiteriger Secretion, seitlicher Beweglichkeit, Reibegeräusch (durch Knorpelentblössung), und derartige Processe können sich trotz der Kleinheit der Fingergelenke eminent lange hinziehen, zu weiteren Eitersenkungen, phlegmonösen Processen etc. führen und erheischen meist Resection und Drainirung des Gelenks (wenigstens der einen Gelenkfläche), wenn nicht die Veränderungen derart ausgedehnt, dass die Prognose quoad Function sicher ungünstig zu stellen und die Entfernung des betreffenden Fingers als mancher Gefahr vorbeugend das rathsamere erscheint.

Um zunächst ein Beispiel primärer Gelenkresection in complicirten Fällen derartiger Maschinenverletzungen zu erwähnen, sei der folgende Fall von Zerreissung der 4 Finger durch Kreissäge, der Resection des 1. Gelenkes an Mittelfinger und Kleinfinger und Sehnennaht der Dorsalsehne an denselben nöthig machte, eingereiht.

B. H., 45 Jahre alt, kam am 9. V. 90 mit der rechten Hand in die Kreissäge und erlitt eine ausgedehnte Zerreissung der rechten Hand, am Zeigefinger war die Pulpa bis auf eine kleine Hautbrücke ganz abgelöst, am Mittelfinger das 1. Gelenk zerrissen, die Strecksehne durchtrennt, die Gelenkenden fracturirt, am Ringfinger mehrere dorsale tiefe Wunden ohne Knochenverletzung, am Kleinfinger zerrissene Wunde durch das 1. Glied mit Durchtrennung der Strecksehne und Gelenkzersplitterung; Daumen intact. — Nach entsprechender Blutstillung und Desinfection wurde die primäre Resection der zersplitterten Gelenke vorgenommen, die Sehnennaht nach entsprechender Anfrischung nach Witzel (an Mittel- und Ringfinger) vorgenommen, die Hautwunden nur theilweise genäht, — antiseptischer Verband — Suspension. Die Heilung trat reactionslos ein. Von der Zeigefingerpulpa stiess sich nur die Epidermis und eine kleine Randpartie ab. Am Mittelfinger und Ringfinger wurde wegen Neigung zu etwas verdrehter Stellung Schienenbehandlung nöthig; bald wurde mit entsprechenden passiven Bewegungen begonnen und dieselben besonders am Mittelfinger und Kleinfinger trotz Schmerzhaftigkeit fortgesetzt, die Finger abwechselnd in Streckung und Beugung verbunden, bald war die Flexion der resecirten Fingergelenke bis circa 1/3 der Norm möglich, doch konnten auch die andern Finger activ nicht bis zur Faustbildung hereingeschlagen werden und es zeigte sich mehr und mehr Neigung zur Versteifung am Mittel- und Kleinfinger trotz Massage und passiver Bewegungen. Nachdem Patient am 5. VII. entlassen worden, übte er seine Finger offenbar wenig mehr, denn schon Mitte Juli liess sich fast völlige Anchylose im 1. Interphalangengelenk von Mittel- und Kleinfinger constatiren, letzterer steht überdies noch etwas nach aussen rotirt und bleibt beim Faustschliessen zurück. Die grobe Kraft der Hand ist nicht wesentlich gestört.

Auch in Fällen, in denen auf das consequenteste permanente Extension, passive Bewegungen und Massage in der Nachbehandlung durchgeführt werden, lässt sich oft eine Versteifung der Finger nach Resection der Phalangengelenke nicht vermeiden und der Enderfolg nach solchen complicirten Gelenkaufreissungen und Luxationen ist oft der gleiche, d. h. Anchylose, ob man resecirt oder nur reponirt. Erst kürzlich hatte ich Gelegenheit, einen Mann, der sich im August durch eine Schneidmaschine verletzte und tiefe Wunden an der volaren und ulnaren Seite der 1. Interphalangealgelenke am rechten Mittelfinger und Ringfinger mit Luxation dieses Gelenks, am 4. auch mit Absprengung der Rolle der 1. Phalanx erlitt, wieder zu untersuchen. Es war am Mittelfinger reponirt und der Finger conservirt worden, am 4. Finger die Resection des Gelenks ausgeführt worden; trotz aller Bewegungen trat am 4. Finger bald Anchylosirung zwischen 1. und 2. Phalanx ein und auch am Mittelfinger nahm die anfangs vorhandene active Beweglichkeit in dem betreffenden Gelenk nicht zu, vielmehr ist auch hier die Neigung zur Versteifung so gross, dass jetzt nur noch geringe passive, keine active Beweglichkeit in dem betreffenden Gelenk mehr zu constatiren ist, während Grund- und Endpalanx normal bewegt werden. —

Etwas günstigere Prognose scheinen mir quoad functionem die Resectionen des Endgelenks zu geben und eine ganz wesentliche Abkürzung des Heilverlaufs wird nach meinen Erfahrungen sicher durch die Resection in den Fällen erreicht, in denen eine Verletzung (meist auf der Dorsalseite) zu einer Eiterung und destruirendem Process in dem Gelenk zwischen 2. und 3. Phalanx führte. In derartigen Fällen verstreichen oft Monate, ohne dass sich bei exspectativem Verfahren etwas wesentliches im Befunde ändert, täglich entleeren sich einige Tropfen dünnen Eiters aus der zu einer Fistelöffnung gewordenen Wunde, bei seitlicher (passiver) Bewegung fühlt man, dass die Gelenkenden ihres Knorpelüberzuges entblösst, rauh sind und sich ziemlich aneinander verschieben lassen. Leicht kommt es zur Ausdehnung der Eiterung, besonders wenn für entsprechende Drainirung nicht gesorgt ist und zuweilen führt Totalnekrose des Endgliedchens, nach dessen Ausstossung resp. Entfernung sich die Oeffnung relativ rasch schliesst, die Heilung herbei. In vielen Fällen, besonders am Daumen und Zeigefinger, empfiehlt es sich aber, einer Weiterverbreitung des Prozesses durch Resection des Gelenkchens vorzubeugen und durch die Resection, die am besten mit dorsolateralem Längsschnitt ausgeführt wird, in sicherster Weise antiphlogistisch vorzugehen und durch entsprechend angelegte Drains für die Möglichkeit antiseptischer Durchspülung zu sorgen. Solche eventuell nöthige volare Contraincisionen werden natürlich stets etwas lateral d. h. so angelegt, dass nicht die volare Sehnenscheide verletzt wird. Für die ersten Tage empfiehlt sich das Einlegen eines kleinen Jodoformgazestreifchens, das, sobald gute Granulationen emporschiessen, weggelassen werden kann.

Als Beispiel für die wesentliche Bedeutung derartiger kleiner Eingriffe möchte ich nur einen Fall von secundärer Resection des Endgelenkes am Zeigefinger anführen bei einem Mädchen, das durch eine Strickmaschinenverletzung eine Aufreissung des Zeigefingerendgelenkes rechts mit Durchtrennung der Strecksehne erlitt, aber erst dem Krankenhaus zuging, nachdem sich Eiterung und hässlich wulstige Granulationen etablirt hatten; es wurde eine Incision neben der dorsalen Fistelöffnung geführt, die total cariöse Rolle der 2. Phalanx sowohl als die Basis der Endphalanx mit der Knochenzange abgezwickt, entsprechend drainirt, worauf rasche Heilung eintrat; bei der Entlassung, ca. 1/4 Jahr nach der Verletzung, war das Endglied in ca. 2/3 seiner normalen Excursionen, die übrigen Gelenke normal beweglich, die Narbe in keiner Weise hinderlich; Patientin konnte gut Gegenstände zwischen Zeigefinger und Daumen festhalten, ersterer war ca. 1/2 cm verkürzt, schmerzlos und zur Arbeit brauchbar.

(Schluss folgt.)

Beiträge zur Chirurgie der Nieren.

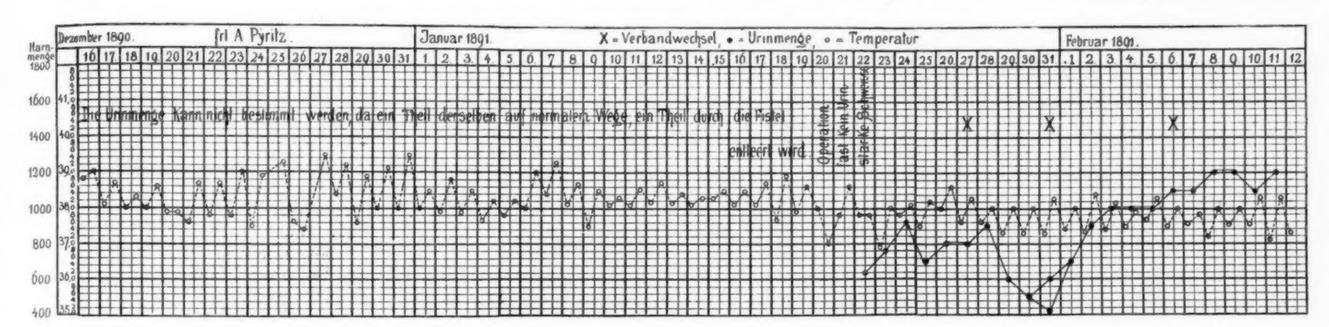
Von Dr. *Hans Schmid*, Oberarzt von Bethanien (Stettin).

(Schluss.)

I. Fall. Fräulein A. aus Pyritz, 27 Jahre alt, Aufenthalt in Bethanien vom 4. VI. 90 bis 12. IX. 90; vom 31. X. 90 bis 28. II. 91.

Patientin ist schon seit längerer Zeit in ärztlicher Beobachtung gewesen wegen allgemeiner nervöser Beschwerden und Störungen, welche in letzter Zeit in Zusammenhang gebracht wurden mit einer Geschwulst in der linken Seite des Bauches. Dieselbe bewegte sich nicht nur vielfach im Leibe, sondern verursachte die Hauptbeschwer-

den, wenn sie ganz plötzlich viel grösser wurde. Von dem Hausarzt wurde sie nach der Anstalt mit der Diagnose „Wanderniere" geschickt, und konnte diese Diagnose nach kurzer klinischer Beobachtung dahin vervollständigt werden, dass es sich um eine wandernde Hydronephrose handelte; und zwar schien die Hydronephrose nicht nur zu entstehen, wenn die Geschwulst wanderte, und dadurch eine Torsion oder Knickung des Ureters und damit eine Stauung des Urins eintrat, sondern die Hydronephrose war stationär geworden, die Ursache für dieselbe nicht bekannt.



Am 1. VIII. 90 wurde mit dem Lumbalschnitt zunächst die Niere freigelegt, sodann mittelst Catgut- und Zwirnnäthe durch Nierenkapsel und Nierensubstanz dieselbe fixirt; eine nunmehr gemachte Probepunction in die Niere ergab eine wasserhelle, nicht nach Urin riechende Flüssigkeit. Es wurde demnach eine Cyste der Niere angenommen und dieselbe eröffnet und drainirt. Gleich am nächsten Tage floss aus dem Drainrohr reichlich Urin, während anderthalb Tage lang auch durch den Katheter aus der Blase kein Urin gewonnen werden konnte: am dritten Tage kam die normale Urinentleerung wieder in Gang; der vorher zeitweise leicht eiweisshaltige Urin war von da ab normal und reichlich. Die Beschwerden der Wanderniere verschwanden, die Niere blieb an der gewünschten Stelle; aber die Secretion aus der angelegten Fistel blieb ungemein reichlich. Mehrfache Versuche, die Fistel zu schliessen, misslangen, und so wurde die Patientin bei gutem Allgemeinbefinden, aber doch recht unangenehmen Störungen, bedingt durch die Fistel am 12. IX. entlassen.

Schon am 31. X. 90 kam Patientin wieder; ihr Zustand hatte sich verschlechtert. Unter mässigen Fieberschwankungen, welche auch die nächsten Monate anhielten, kam Patientin sichtlich sehr herunter. Die Urinsecretion aus der Fistel war sehr reichlich, mehr und mehr eitrig und ungemein lästig, so dass Patientin kaum das Bett verlassen konnte. Auch der aus der Blase entleerte reichliche Urin wurde ebenfalls zunehmend eitrig; das mehrfache Filtrat schliesslich schwach eiweisshaltig. Appetit und Schlaf nahmen ab. Steine waren bei der Sondirung der Fistel in der Niere nicht zu fühlen und Zeichen von Tuberculose traten auch nicht auf. Jedenfalls aber war aus der Hydronephrose eine schwere Pyonephrose geworden und dies in einer Niere, welche auch noch normal functionirte. Da die Patientin mehr und mehr herunterkam, drängte sich die Forderung eines radicalen Eingriffs mehr und mehr auf. Nach 11 Wochen endlich entschloss ich mich zur Nierenexstirpation; aus der reichlichen Menge des aus der Blase entleerten Urins, welcher mehrfach filtrirt nur Spuren von Eiweiss zeigte im Gegensatz zu dem sehr stark eiweiss- und eiterhaltigen Urin aus der Fistel, konnte mit hoher Wahrscheinlichkeit angenommen werden, dass die rechte Niere, welche stark hypertrophisch anzufühlen war, gesund und auch im Stande wäre, die andere vollkommen zu ersetzen; es wurde also eine Erkrankung der linken Niere angenommen: Fistulöse Pyonephrose, Ursache unbekannt, mit allmählicher Vereiterung und Degeneration des Nierenparenchyms als eine in der linken Niere bisan local gebliebene Erkrankung, ohne dass bisher der Organismus oder auch nur die andere Niere von dieser Erkrankung ergriffen worden wäre.

Am 20. I. 91 Exstirpatio renis sin.; Lumbalschnitt nach Resection einer Rippe und eines 9 cm langen, nach vorn verlaufenden Querschnittes, um für die sehr grosse Niere zur Exstirpation Raum zu gewinnen. Operation im Uebrigen wie oben angegeben. Die sehr grosse Wundhöhle wurde mit sterilisirter Gaze austamponirt; das Peritoneum war nirgends eröffnet; der fingerdicke Ureter wurde möglichst tief abgetragen, war mit Eiter und Granulationsmasse gefüllt und wurde nach Umschnürung und Umstechung in die Wundhöhle eingenäht. Der weitere Verlauf war zunächst kritisch, dann aber günstig und zeigte die Berechtigung und Nothwendigkeit des Eingriffs. Unter sehr starken Schweissen, Uebelkeit und Erbrechen und leicht urämischem Zustand war die Ausscheidung, wie unten zu sehen, erst gering, stieg aber mit kurzer Unregelmässigkeit schnell. Eiweiss- und Eitergehalt schwanden sehr langsam. Die ganz geringen Temperatursteigerungen, während vor der Operation hohes Fieber bestand, hatten ihren Grund wohl in dem langsam verschwindenden Blasenkatarrh. Acht Tage nach der Operation erst liessen Erbrechen und Uebelkeit nach, Patientin konnte mehr zu sich nehmen, während sie bis dahin fast nur von Sekt gelebt hatte; die Verbände wurden etwa alle 5 Tage gewechselt. 17 Tage nach der Operation stand Patientin zum ersten Mal auf. Von urintreibenden Mitteln wurde nur Wein und Weissbier gereicht. Als Patientin am 28. II. mit geheilter Wunde und einem Corset, ähnlich dem für die Wanderniere, nur ohne Pelotte, entlassen wurde, hatte sie sich sehr schnell erholt; die Urinmenge betrug 12—1500 cc pro die. Leichter Eiweissgehalt; Zunahme des Körpergewichts, subjectives Befinden schwankend, viel nervöse Beschwerden.

Im Lauf des nächsten Jahres wurde Patientin vielfach controlirt, zum letzten Mal jetzt gerade ein Jahr nach der Operation. Die normale Urinmenge zeigt einen Schatten von Trübung bei der Untersuchung auf Eiweiss; das Allgemeinbefinden ist so gut, dass Patientin demnächst den Beruf als Diaconissin ergreifen wird.

Die exstirpirte Niere zeigte auf dem Durchschnitt noch mehrere gesonderte mit Eiter gefüllte Cysten, die Rindensubstanz blaurothe Färbung. Das Nierenparenchym degenerirt, nur wenig functionirendes Gewebe makroskopisch zu erkennen; die ganze Substanz sulzig; das Nierenbecken erweitert, mit Eiter und Granulationsmasse ausgefüllt; der Ureter sehr erweitert. Cystische und eitrige Degeneration der Niere mit wenig functionirendem normalen Nierengewebe, keine Neubildung.

(Untersuchung im pathologischen Institut Greifswald.)

II. Fall. Bernhard Spickermann aus Stolp, Pommern, 12 Jahr alt. Aufenthalt in Bethanien vom 23. II. 90 bis 9. XII 91.

Patient, früher stets gesund, litt seit fünf Monaten an Unregelmässigkeiten beim Uriniren, Schmerzen, Urinträufeln. Bei seiner Aufnahme fand man durch Katheterismus stark sedimentirten Urin, stark eiterig, amoniakalisch; keinen Stein, keinen Tumor in der Blase; auch in den Nierengegenden kein Tumor zu fühlen; dabei in der That fast vollkommene Incontinentia urinae. Nachdem lange Zeit hindurch durch Blaserausspülungen, permanenten Katheter, Lithionwasser etc. keine locale Besserung erzielt worden war, und der Junge sichtlich herunterkam, und auch leichte Fieberschwankungen eingetreten waren, wurde am 4. XII. 90 vom Damm aus die Blase eröffnet und dilatirt: der eingeführte Finger constatirte Inkrustation und Wucherungen auf der Blasenschleimhaut, welche abgekratzt wurden; Drainage vom Damm aus. Auch daraufhin trat nur vorübergehend Besserung in der Beschaffenheit des Urins auf; es wollte nicht gelingen die Dammwunde und die entstandene Urinfistel ganz zum Verschluss zu bringen, auch nachdem mehrmals die Blase ausgeschabt worden war; ebenso blieb die Incontinenz fast die gleiche. Inzwischen kam der Junge, der fast immer zu Bett lag, mehr und mehr herunter; am 10. V. 91 wurde in der rechten Nierengegend ein Tumor entdeckt, welcher als Pyonephrose angesprochen werden konnte. Am 20. V. Nephrotomie mit Lumbalschnitt; nach Incision des Nierenbeckens entleerte sich reichlicher Eiter, kein Stein. Die nächsten sechs Wochen kam Patient immer mehr herunter; aus der Nierenfistel entleerte sich nur Eiter, kein Urin, und der aus der Blase entleerte Urin war ebenfalls sehr stark eiterig; mehrfach filtrirt immer noch mässig eiweisshaltig; dabei andauernd Fieber. Die Diagnose lautete: Tuberculose der rechten Niere; ob es sich primär um eine tuberculöse Cystitis mit secundärer Betheiligung der rechten Niere handelte, oder ob die Tuberculose primär in der rechten Niere Platz gegriffen und daselbst zunächst keine Erscheinungen gemacht hatte und abhängig von ihr eine tuberculöse Cystitis entstanden war, musste dahingestellt bleiben. — Trotz der geringen Aussicht und des sehr elenden Allgemeinbefindens des Knaben entschloss man sich doch noch zur Exstirpation der erkrankten Niere am 3. VII. und zwar von hintenher mit Lumbalschnitt und Resection einer Rippe. Auch hier wurde der dilatirte Ureter möglichst weit exstirpirt und der Stumpf in die Wunde eingenäht. Die Gefässe aber waren so kurz, dass nach Umschnürung und Umstechung zur Sicherheit drei Klemmen an ihnen liegen blieben; das Peritoneum blieb uneröffnet. Der weitere Verlauf war ein durchaus günstiger. Der Knabe erholte sich sehr schnell, das Fieber schwand; der Urin wurde reichlich, schliesslich fast ganz klar und eiweissfrei; nur die Incontinenz bestand zum Theil weiter. Am 9. XII. wurde Spickermann entlassen. Anfangs März 1892 nach brieflicher Mittheilung des Arztes ebenfalls gutes Allgemeinbefinden. Die Untersuchung der exstirpirten Niere (path. Institut Greifswald) ergab, dass dieselbe fast vollkommen fettig degenerirt war, und dass an verschiedenen Stellen deutliche tuberculöse Heerde bestanden.

III. Fall. Charlotte Hellmund aus Königsberg i. N. 6 Monate alt. Aufenthalt in Bethanien vom 28. VII. bis 23. VIII. 90.

Bei dem stets gesunden 6 Monate alten Kinde wurde vor Kurzem eine Geschwulst im Leibe bemerkt. Gesundes Aussehen. Die linke Bauchhöhle ist ausgefüllt durch eine grosse Geschwulst, welche von der Mittellinie des Leibes, dem linken Rippenbogen und der Symphyse begrenzt wird; sie wölbt die Bauchdecken weit hervor, ist gegen die Milz nicht abgrenzbar; das Zwerchfell ist weit nach oben gedrängt und dadurch ist die untere Lungengrenze nach oben verschoben, das Herz, resp. der Spitzenstoss nicht verdrängt. Entsprechend der Geschwulst, welche kugelig und ziemlich fest ist und etwa die Grösse des Kopfes des Kindes hat, ist über der ganzen linken Abdominalhälfte absolute Dämpfung. An einzelnen Stellen scheint die Geschwulst weicher, pseudofluctuirend und die bei der Untersuchung in Narkose ausgeführte Probepunction ergiebt kein Resultat. Zwischen Nabel und der inneren Grenze der Geschwulst fühlt man einen kleinfingerdicken Strang, von oben nach unten laufend, dessen Bedeutung zunächst nicht klar ist (bei der Operation erwies er sich als das durch die Geschwulst nach vorne und innen verdrängte leere Colon descendens. Würde man diesen Strang mit Sicherheit als das Colon descendens angesprochen haben, so hätte man damit auch die Diagnose auf Tumor der Niere mit Sicherheit stellen können; auch in diesem Falle ist durch die aus der Tiefe herauswachsende Geschwulst das Colon descendens nach vorne und schliesslich nach innen verdrängt worden; in der Gegend des Colon descendens bestand statt Darmschall Dämpfung). Die Frage musste offen bleiben, ob es sich um eine Geschwulst der Niere oder der Milz handle; mit hoher Wahrscheinlichkeit wurde eine Neubildung der Niere angenommen und zwar angeboren; Urin konnte nicht aufgefangen werden. Am 31. VII. Laparotomie: Spaltung der Bauchdecken zweifingerbreit nach links von der Mittellinie; der oben erwähnte Strang ist das Colon descendens; die Geschwulst geht von der linken Niere aus. Nach Spaltung des über sie wegziehenden Peritoneums wird die Geschwulst verhältnissmässig leicht ausgeschält; sie hat ihre Kapsel nirgends durchbrochen. Ureter, Arteria und Vena renalis werden in der Tiefe doppelt unterbunden und umstochen. Ueber die grosse Wundhöhle wird nach sorgfältiger Controle, ob nirgends eine Blutung statthat, das Peritoneum gelegt, welches als Ueberzug über die Geschwulst gedient hatte; das Colon descendens lagert sich nunmehr von selbst annähernd an seine richtige Stelle; Verschluss der Wunde, fester Verband. Dauer der Operation $1/2$ Stunde. Abends Temperatur in ano 40,3°. Die nächsten drei Tage geht bei gutem Allgemeinbefinden die Temperatur allmählich herunter; schneller Puls, keine peritonitischen Erscheinungen. Die Schwester, welche das Kind pflegt, findet die Windeln ebenso von Urin durchnässt wie vor der Operation und wie bei normalen Kindern. Am 3. VIII. Verbandwechsel: Abscess in der Bauchwand; die äussere Naht wird in grosser Ausdehnung geöffnet; lose Tamponade mit Jodoformgaze. Von da ab ungestörte Heilung der Wunde; von Seiten der Nierenthätigkeit nichts Abnormes; es gelingt nicht, Urin aufzufangen. Wenn wir von dem durch den Bauchwandabscess abhängigen Fieber absehen, so sind eine längere Zeit andauernde Pulsfrequenz und in den ersten Tagen Feuchtigkeit der Haut die einzigen Erscheinungen, welche abhängig von der Exstirpation des Organes zu constatiren waren. Das Kind hat kein einzigesmal erbrochen, keine Diarrhöen gehabt. $3^1/_2$ Wochen nach der Operation Entlassung mit einem Corset bei sehr gutem Allgemeinbefinden, das Kind hat auch an Körpergewicht zugenommen. — Letzte Controle am 1. III. 92, also 1 Jahr 7 Monate nach der Operation und in einem Lebensalter von 2 Jahren 1 Monat: vortreffliches Allgemeinbefinden, normale Entwicklung, feste Narbe. Die rechte Niere fühlt man hypertrophisch.

Untersuchung der exstirpirten Niere (path. Institut Greifswald): Es handelt sich um eine beinahe totale Substitution des ganzen Organes durch Sarkomgewebe; an dem unteren Pol befindet sich noch 5—8 mm dick normale Rindensubstanz; gleich darunter kommt weiche markige Sarkommasse zum Vorschein, welche keine Spur von Markkegeln mehr erkennen lässt.

IV. Fall. Charlotte Vorpahl aus Wintersfelde, 8 Jahre alt. Aufenthalt in Bethanien vom 15. I. 92 bis 18. II. 92.

Das Kind hat Masern und im vierten Jahre Gelbsucht durchgemacht, ist sonst gesund und kräftig gewesen und erst in den letzten Monaten etwas abgemagert. Vor sieben Wochen hat sie selbst einen „Knoten“ im Leibe bemerkt und die Eltern darauf aufmerksam gemacht. Unter häufigen Bauchschmerzen ist derselbe stark angewachsen. Unter der Diagnose „Leberechinococcus“ wurde das Kind der Anstalt überwiesen. Status praesens: Mageres Kind, trockne Haut, keine Oedeme, Herztöne rein, an den Lungen nichts Besonderes, nur hinten unten rechts der Schall in grosser Ausdehnung verkürzt durch die hochgedrängte, beziehungsweise vergrösserte Leber. In der rechten Hälfte des Abdomen findet man eine grosse dieselbe fast ausfüllende Geschwulst; dementsprechend ist auf der ganzen rechten Abdominalhälfte fast absolute Dämpfung, welche nach oben ohne Möglichkeit der Abgrenzung in die Leber übergeht. In der Gegend des Colon ascendens ebenfalls gedämpfter Schall; die Mittellinie ist von der Dämpfung überschritten; das Herz an normaler Stelle; Urin eiweissfrei; die Geschwulst ist bei bimanueller Untersuchung von hinten nach vorne ganz wenig verschieblich; keine Fluctuation.

Dass es sich nicht um einen Leberechinococcus, sondern um eine solide Geschwulst der Niere handelte, konnte mit Sicherheit erst in Narkose festgestellt werden. Bei der Grösse der Geschwulst war eine Exstirpation von hintenher ausgeschlossen. Am 16. I. Laparotomie, Schnitt am äusseren Rande des Musc. rectus d. vom Rippenbogen bis unter das Ligamentum Poupartii. Nach Eröffnung des Peritoneums präsentirte sich ein mächtiger Tumor; nach Spaltung seines peritonealen Ueberzuges gelingt es, die Geschwulst aus demselben mit sehr geringer Blutung bis an die Gefässe herauszuschälen; letztere sind langausgezogen, und, da die Geschwulst etwas um die Längsaxe nach aussen rotirt war, steigen sie senkrecht aus der Tiefe empor, so dass deren Unterbindung sehr leicht ist. Es bleibt eine mächtige Höhle, das Bett der durch die Geschwulst so vergrösserten Niere, zurück; dieselbe wird, bei der Ausschälung nirgends eingerissen, dadurch von der Bauchhöhle so abgeschlossen, dass der vorher genannte peritoneale Ueberzug mit dem Peritoneum der Bauchdecken und mit diesen selbst, ringsum vernäht und mit sterilisirter Gaze fest ausgestopft werden kann. Fester, das Abdomen comprimirender Verband. Nach der Operation zunächst mässiger Shok. Während das Allgemeinbefinden am Nachmittag und Abend leidlich war, trat gegen 11 Uhr Nachts ziemlich plötzlich bei kleinem schnellen Puls und Unruhe ein Zustand ein, welcher befürchten liess, dass es sich um eine Blutung handle. Der Verband wurde gelöst und die Gaze herausgenommen; es bestand aber keine Spur von Blutung. Um 4 Uhr Morgens trat der Tod ein. Die Section ergab keine Spur von beginnender Peritonitis, keine Blutung; die linke Niere sehr gross, das Parenchym normal; die Unterbindungen lagen sehr fest und gut, an der Arteria renalis 2—3, an der Vena renalis $1^1/_2$ cm, vom Abgang entfernt. Todesursache: Shock.

Beschreibung der exstirpirten Nierengeschwulst (Dr. Horn). Der makroskopische Eindruck derselben ist zunächst ein derartiger, dass man glaubt, ein Struma suprarenalis accessoria vor sich zu haben, also eine Geschwulst, wie sie nach der Anschauung von Grawitz (Virchow's Archiv Bd. 93, Seite 39; Langenbeck's Archiv Bd. 30, Heft 4) aus einem abgesprengten Nebennierenkeim entstehen kann; der lappige drüsige Bau, der hochgradig fettig hämorrhagische Zerfall im Centrum sprachen dafür. Dagegen machte die frische mikroskopische Untersuchung eine derartige Herkunft der Geschwulst unwahrscheinlich: im Abstrichpräparat fanden sich nirgends die fetttropfenhaltigen, für Nebennierengewebe charakteristischen Zellen, es fanden sich neben Rund- und Spindelzellen cubisch cylindrische Epithelien. Weiteren Aufschluss über die Art der Geschwulst gab erst das gehärtete und gefärbte Präparat: in den peripherischsten, also jüngsten Schichten der Geschwulst findet man massenhafte Drüsenschläuche, ausgekleidet mit cubisch cylindrischem Epithel, und zwar finden sich dieselben in verschiedenen Grössen, so dass es auf den ersten Blick zweifellos erscheint, dass wir es mit dem Adenom einer tubulösen Drüse zu thun haben; jedoch nicht nur ausgebildete Drüsenschläuche sieht man auf dem Quer- und Längsschnitt; die Wucherung des Epithels wird so excessiv, dass es diffus in das Bindegewebe hineinwächst, Nester und solide Zapfen bildet, also das typische Bild eines Carcinoms liefert. Das bindegewebige Stroma der adenocarcinomatösen Wucherungen ist ausserordentlich zellenreich; dieser Zellenreichthum nimmt derartig zu, dass man ganze Gesichtsfelder erhält, die als Rund- und Spindelsarkom imponiren, und damit den Eindruck, als handle es sich um eine Geschwulst rein bindegewebiger Natur, hervorrufen. Gegen das Centrum der Geschwulst treten die adenomatösen Wucherungen gegen die Carcinomentwicklung zurück. Dem histologischen Befund nach ist die Geschwulst als Adenocarcinoma sarcomatodes zu bezeichnen.

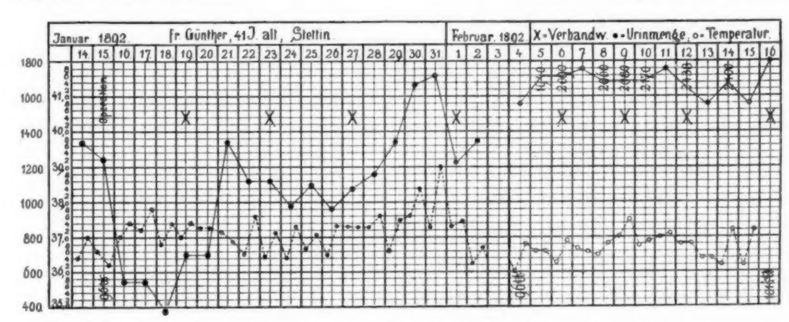
Wie seit der Arbeit von Grawitz durch mannigfache Untersuchung erwiesen ist, entstehen die meisten primären Tumoren der Niere epithelialen Charakters aus Nebennierenkeimen; die echten Adenome der Niere sind dagegen recht selten; in unserem Falle handelte es sich sicher um ein solches: die Neubildung echter Drüsenschläuche, die Epithelform sprechen für eine Abstammung von Nierengewebe. Solche Tumoren haben Sabourin (Arch. de physiologie, Paris 82), Weichselbaum und Greenish (Wiener Medic. Jahrbücher, Wien 83) beschrieben, doch die Häufigkeit ihres Vorkommens bedeutend überschätzt, da sie allen primären Tumoren der Niere epithelialen Charakters als Matrix das Harncanälchenepithel zuweisen, ohne den feineren histologischen Unterschieden, die sie wohl constatirten, aber nur beiläufig erwähnten, Rechnung zu tragen.

V. Fall. Frau Günther aus Stettin, 41 Jahre alt. Aufenthalt in Bethanien vom 7. I. 92 bis 1. III. 92.

Patientin war bis vor sechs Jahren stets gesund; regelmässige Menstruation. Im Alter von 25 Jahren heirathete sie und hat sechsmal geboren. Vor sechs Jahren hat sie sich nach einem kurz vorher überstandenen ganz normal verlaufenen Wochenbett "erkältet" und einen Blasenkatarrh bekommen; derselbe verschlimmerte sich im Laufe des nächsten Jahres mehr und mehr; der Urin wurde immer eiteriger, gelegentlich auch blutig, und während sie auch im Allgemeinen immer elender wurde, bildete sich allmählich in der rechten Seite des Leibes eine Geschwulst, welche ihr bei der Arbeit sehr hinderlich wurde. Am 15. XII. 87 Aufnahme in Bethanien: es wurde eine Pyonephrose constatirt, und da die Geschwulst eigenthümlich weit nach vorne und innen lag und speciell auch nach vorne Fluctuation zeigte, wurde zunächst laparotomirt und zweizeitig die Geschwulst eröffnet und Eiter entleert; 14 Tage darauf aber auch von hinten mit dem Lumbalschnitt gegen die Niere vorgegangen und eine Fistel angelegt. Darauf erholte sich die Patientin sehr; sie wurde mit vorderer und hinterer Fistel entlassen. Nach zwei Jahren schloss sich die vordere

Fistel, die hintere blieb bestehen. Darauf machte sie ein normales Wochenbett durch. In den letzten sechs Monaten ist sie nun sehr elend geworden und speciell zwangen sie heftige Schmerzen im Leibe auf der rechten Seite und die Unfähigkeit, das rechte Bein auszustrecken, am 16. XI. 91 wiederum zur Aufnahme in Bethanien; es hatte sich vor Kurzem auch die hintere Fistel geschlossen; in Narkose wurde dieselbe wieder eröffnet, und man gelangte von ihr aus etwas nach unten in eine grosse Abscesshöhle mit stinkendem Eiter; dieselbe lag theils auf, theils in dem Musc. psoas; ein Stein wurde nicht gefunden. Drainage der Abscesshöhle. Nach subjectiver Besserung wurde Patientin mit Drainrohr am 22. XII. 91 entlassen, kam aber am 7. I. 92 wieder. Nach diesem Verlauf, entsprechend der Beobachtung in der ganzen Zeit, war die Exstirpation der Niere in Aussicht genommen; ob es sich um eine tuberculös entartete Niere handelte, oder ob die Pyonephrose seinerzeit aufsteigend von dem primären Blasenkatarrh, vielleicht auf gonorrhoischer Basis entstanden war, musste dahin gestellt bleiben.

Die weitere klinische Beobachtung ergab normale Urinmenge; der Urin selbst ist trübe, enthält jedoch filtrirt kein Eiweiss. Kein Fieber, elendes Allgemeinbefinden. In der Nierengegend findet man einen derben unregelmässigen Tumor von Apfelgrösse, welcher nach vorne und hinten, entsprechend der früher angelegten Incisionen, verwachsen ist. Man musste sich allerdings sagen, dass die Exstirpation der entarteten Niere durch diese strangförmigen Verwachsungen sowohl, als durch den seinerzeit durchgebrochenen Abscess nach dem M. psoas zu erheblich erschwert sein würde; die rechte Niere war vergrössert durchzufühlen.

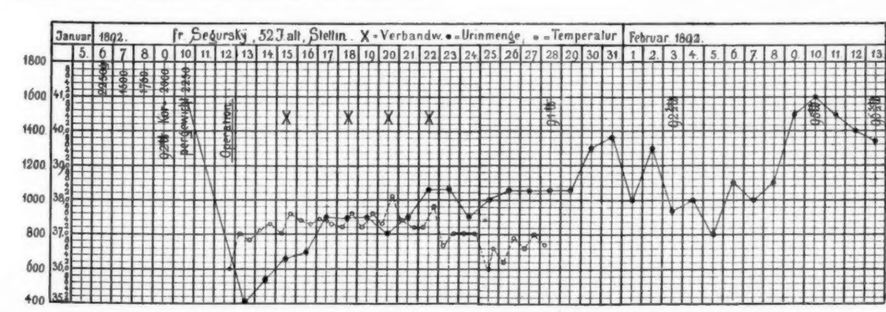


Am 15. I. 92 Exstirpation der Niere mit dem Lumbalschnitt; Umschneidung und Vernähung der Fistel. Die Lösung der Niere gelingt nun entsprechend den vorher genannten peritonealen Verwachsungen nicht, ohne dass das Peritoneum zweimal breit eröffnet wird: es wird beidemale mit Catgut wieder vernäht und schliesslich die Niere exstirpirt. Die Gefässe werden unterbunden und umstochen und drei Klemmen bleiben liegen; der Rest der Abscesshöhle wird ausgeschabt und mit Jodoformgaze tamponirt. Reactionsloser Verlauf, keine Erscheinungen seitens der Niere, kein peritonitischer Reiz, kein Fieber.

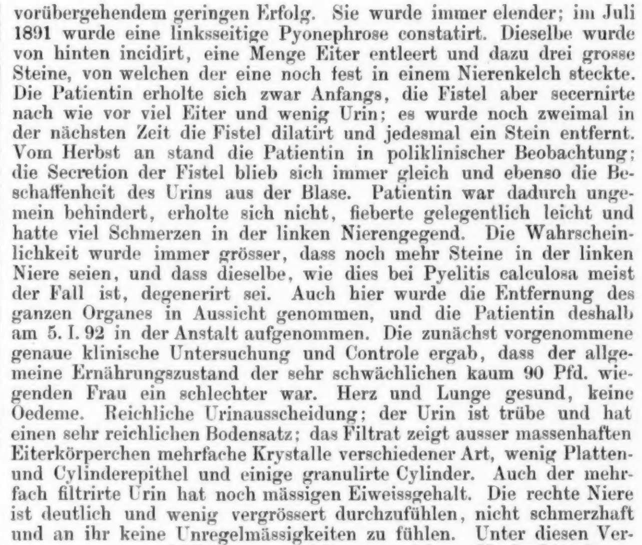
Bei der Entlassung 1. III. war das Körpergewicht von 96 Pfund auf 105 Pfund gestiegen, die Wunde fast geheilt. Der Urin war reichlich und fast ganz klar, kein Eiweiss, Urinausscheidungen s. Curve.

Untersuchung der exstirpirten Niere (Dr. Horn Bethanien). Die bindegewebige Verödung des Organes ist eine fast vollständige; Partien, welchen man noch secretorische Wirksamkeit beimessen könnte, sind überhaupt nicht mehr zu constatiren. Die Abscesshöhlen sind durch ausserordentlich dichte Bindegewebsmembranen vollständig abgekapselt und enthalten eingedickten, wie Käse aussehenden Eiter; von der einen mehr der Oberfläche des Organs zugelegenen Höhle führt der mit schlaffen Granulationen angefüllte Fistelgang nach aussen. Auf dem Durchschnitt durch die exstirpirte Niere ist auch makroskopisch nichts von normalem Nierenparenchym zu erkennen, einzelne Herde lassen den Verdacht aufkommen, dass sie tuberculös sind; ein sicherer Anhaltspunkt jedoch wird auch mikroskopisch dafür nicht gefunden.

VI. Fall. Frau Emma Segursky aus Stettin, 52 Jahre alt. Aufenthalt in Bethanien vom 5. I. 92 bis 1. III. 92.



Aus der unvollständigen Anamnese geht hervor, dass Patientin schon seit mehreren Jahren an heftigen Blasenkatarrhen gelitten hat, weshalb sie in mehrere Bäder geschickt wurde, aber immer nur mit



vorübergehendem geringen Erfolg. Sie wurde immer elender; im Juli 1891 wurde eine linksseitige Pyonephrose constatirt. Dieselbe wurde von hinten incidirt, eine Menge Eiter entleert und dazu drei grosse Steine, von welchen der eine noch fest in einem Nierenkelch steckte. Die Patientin erholte sich zwar Anfangs, die Fistel aber secernirte nach wie vor viel Eiter und wenig Urin; es wurde noch zweimal in der nächsten Zeit die Fistel dilatirt und jedesmal ein Stein entfernt. Vom Herbst an stand die Patientin in poliklinischer Beobachtung; die Secretion der Fistel blieb sich immer gleich und ebenso die Beschaffenheit des Urins aus der Blase. Patientin war dadurch ungemein behindert, erholte sich nicht, fieberte gelegentlich leicht und hatte viel Schmerzen in der linken Nierengegend. Die Wahrscheinlichkeit wurde immer grösser, dass noch mehr Steine in der linken Niere seien, und dass dieselbe, wie dies bei Pyelitis calculosa meist der Fall ist, degenerirt sei. Auch hier wurde die Entfernung des ganzen Organes in Aussicht genommen, und die Patientin deshalb am 5. I. 92 in der Anstalt aufgenommen. Die zunächst vorgenommene genaue klinische Untersuchung und Controle ergab, dass der allgemeine Ernährungszustand der sehr schwächlichen kaum 90 Pfd. wiegenden Frau ein schlechter war. Herz und Lunge gesund, keine Oedeme. Reichliche Urinausscheidung; der Urin ist trübe und hat einen sehr reichlichen Bodensatz; das Filtrat zeigt ausser massenhaften Eiterkörperchen mehrfache Krystalle verschiedener Art, wenig Platten- und Cylinderepithel und einige granulirte Cylinder. Auch der mehrfach filtrirte Urin hat noch mässigen Eiweissgehalt. Die rechte Niere ist deutlich und wenig vergrössert durchzufühlen, nicht schmerzhaft und an ihr keine Unregelmässigkeiten zu fühlen. Unter diesen Verhältnissen entschloss man sich zur Nephrektomie am 12. I. 92 mit dem Lumbalschnitt. Der Gang der Operation war derselbe wie in den anderen Fällen und machte dieselbe keine besonderen Schwierigkeiten; das Peritoneum wurde nicht eröffnet. Einige Klemmen blieben liegen. Der weitere Verlauf war ein durchaus günstiger, die Urinmenge vermehrte sich bald, der Urin selbst war nach 14 Tagen schon fast ganz klar und enthielt nur noch Spuren von Eiweiss. Dagegen erholte sich die Patientin im Allgemeinen trotz einer Zunahme des Körpergewichtes um 10 Pfd. in den nächsten vier Wochen nur sehr langsam, hatte namentlich lange Zeit mit Uebelkeit zu kämpfen. Urinmenge schwankt zwischen 1600 bis 2000 g. Mit schmalem Granulationsstreif und vortrefflichem Allgemeinbefinden Entlassung am 1. III.

Die exstirpirte Niere zeigt auf dem Durchschnitt mehrere Eiterhöhlen; fest in den Kelchen finden sich noch drei Steine vor; das Nierenbecken weit dilatirt, mit Eiter und Granulationsmassen ausgefüllt. Makroskopisch scheint kaum mehr normales Nierengewebe vorhanden zu sein; mikroskopisch findet man die interstitielle Verödung in allen Stadien; intactes Parenchym, wo nicht einmal albuminöse Trübung des Harncanälchenepithels vorhanden ist, findet sich ausserordentlich spärlich.

Seit der ersten im Jahr 1869 von Simon ausgeführten Nephrectomie ist die Operation häufig wiederholt worden, wie Statistiken aus Deutschland, England und Frankreich ergeben. Eine Zusammenstellung von le Dentu aus dem Jahre 1886 umfasst 233 Fälle. Aber auch die letzten Jahre haben immer wieder Berichte einzelner Chirurgen über ihre Erfahrungen in der Nierenchirurgie gebracht; in diesen Arbeiten wurden einzelne Fragen speciell bearbeitet: ob der Lumbalschnitt oder die Laparotomie vorzuziehen sei; wie man eine möglichst grosse Sicherheit gewinne für die Leistungsfähigkeit der zurückbleibenden Niere und damit für die Berechtigung des Eingriffs; weiterhin technische Fragen in Bezug auf die Antisepsis, Blutstillung etc. Auch Angerer[3]) hat in jüngster Zeit einen interessanten Beitrag durch Mittheilung seiner diesbezüglichen Erfahrungen gebracht. Es ist dies ein Beweis, dass manche in dies Gebiet fallende Fragen noch nicht erledigt sind; es liegt darin die Berechtigung, durch weitere Beiträge zur Klärung dieser schwebenden Fragen beizutragen, und dies ist auch der Zweck dieser Arbeit.

[3]) Angerer, Beiträge zur Chirurgie der Nieren. Münchener Medic. Wochenschrift 1891, No. 27 etc.

Referate u. Bücher-Anzeigen.

Dr. **A. Döderlein,** Privadocent der Gynäkologie in Leipzig: **Das Scheidensecret und seine Bedeutung für das Puerperalfieber.** Leipzig bei E. Besold 1892, 84 S., 5 Tafeln im Lichtdruck.

Als Selbstinfection bezeichnet man in der Geburtshülfe nach neuerer Auffassung jene Art der puerperalen Wundinfection, welche durch Keime der Genitalsecrete und speciell des Scheidensecretes hervorgerufen wird und deshalb ohne Uebertragung durch Finger und Instrumente auch bei solchen Frauen auftreten kann, die innerlich während der Geburt gar nicht berührt worden sind. Ob diese Art der Infection überhaupt vorkommt, wie oft sie vorkommt, das sind Fragen, welche in der neueren Zeit in dem Vordergrund der Discussion stehen und eine sehr verschiedene Beantwortung erfahren haben. Für die richtige Lösung dieser Fragen kommt es hauptsächlich darauf an, ob das Genitalsecret schwangerer und kreissender Frauen Keime enthält, die eine Wundinfection hervorrufen können oder nicht. Sind solche Keime in virulentem Zustand im Secret vorhanden, dann ist die Möglichkeit der Selbstinfection gegeben, im anderen Falle aber nicht. Einen sehr beachtenswerthen Beitrag zur Kenntniss des Scheidensecretes und der angedeuteten Beziehungen desselben zur puerperalen Wundinfection liefert die Döderlein'sche Monographie.

Nach Döderlein hat man zwei verschiedene Arten von Scheidensecret zu unterscheiden, welche durch ihr chemisches, morphologisches und bakteriologisches Verhalten wohl charakterisirt sind.

Das normale Scheidensecret besteht aus abgestossenen Plattenepithelien und reagirt in Folge seines Gehaltes an Milchsäure (0,945 Proc.) stark sauer. In dem normalen Secret findet sich regelmässig eine eigenthümliche Art von Bacillen, welche bei ihrem künstlichen Wachsthum auf Fleischwasserpeptongelatine Säure bilden und auch als die Ursache des Säuregehaltes des Scheidensecretes anzusehen sind. Ausser den genannten Bacillen kommt im normalen Secret nur noch ein Hefepilz vor, andere Mikroorganismen fehlen, künstlich eingebrachte pathogene Formen gehen in demselben zu Grunde. Normales Secret bewirkt, unter die Rückenhaut von Kaninchen injicirt, keine Infection und steht auch zur puerperalen Wundinfection der Frau in keinerlei ätiologischen Beziehungen.

Im Gegensatz zum normalen Secret besteht das pathologische aus mehr weniger dünnflüssigem Eiter, reagirt nur schwach sauer, neutral oder alkalisch und enthält massenhaft Spaltpilze der verschiedensten Art, darunter in 9,2 Proc. Streptococcen, welche als die hauptsächlichsten Erreger der puerperalen Wundinfection angesehen werden müssen. Das pathologische Secret kann somit in einem gewissen Procentsatz zur Infectionsquelle für das Puerperalfieber werden.

Das pathologische Secret entsteht bei krankhaften Veränderungen der Genitalien (Erosionen der Portio, Cervicalkatarrh, Vaginitis granulosa, Condyl. acuminata, Gonorrhoe), dann aber auch ohne solche durch alle Einflüsse chemischer und mechanischer Art (Excesse in venere, Fremdkörper, Pessarien in der Scheide), welche eine excessive Transsudation in die Scheide hervorrufen, dadurch die chemische Zusammensetzung des Secretes verändern und dasselbe damit zum geeigneten Nährboden für die Ansiedelung ubiquistischer Keime machen.

Von den im Ganzen untersuchten **195** Schwangeren hatten **108 = 55,3** Proc. normales, **87 = 44,6** Proc. pathologisches Secret. Streptococcen fanden sich nur in **4,1** Proc. sämmtlicher Schwangeren.

Von besonderer Bedeutung sind die Folgerungen, welche sich aus diesen Untersuchungen über das Scheidensecret für das praktische Handeln des Geburtshelfers ziehen lassen. Döderlein kommt ungefähr zu folgenden Schlüssen: In der weitaus grössten Mehrzahl der Fälle (mehr als **95** Proc.) ist das Scheidensecret frei von pathogenen Mikroorganismen, eine Gefahr durch das Secret somit in diesen Fällen ausgeschlossen. Für die wenigen Fälle, welche Streptococcen im Secret aufweisen, besteht zwar die Gefahr einer Selbstinfection, dieselbe wird aber wesentlich gemindert oder ganz auszuschliessen sein, wenn entweder gar nicht oder nur selten und rasch mit vollständig aseptischen Fingern untersucht wird. Bei physiologischen Geburten im Privathause kann deshalb das Scheidensecret als Infectionsquelle vernachlässigt werden, wenn die Vermittelung einer Infection durch Einschränkungen der inneren Untersuchung ausgeschlossen wird. Bei operativen Eingriffen und dort, wo häufigere Untersuchungen nothwendig werden, wird man der Gefahr der Secretinfection durch Desinfection der Scheide vorbeugen müssen.

Anders liegen die Verhältnisse in den Gebäranstalten. Im Interesse des Unterrichtes lässt sich hier die innere Untersuchung nicht einschränken; Schwangere und Kreissende müssen deshalb durch besondere Maassnahmen vor der Gefahr einer Secretinfection geschützt werden. Dies kann so geschehen, dass entweder nur Frauen mit normalem Secret zur Untersuchung herangezogen werden, oder falls auch solche mit pathologischem Secret untersucht werden, bei diesen durch eine locale Desinfection der Scheide die Gefahren des pathologischen Secretes beseitigt werden.

In 5 beigegebenen Lichtdrucktafeln werden das Aussehen und die Culturformen der Scheidenbacillen und der Soorhefe der Scheide veranschaulicht.

Durch die Döderlein'sche Monographie ist ohne Zweifel die vielumstrittene Frage der Selbstinfection ihrer Lösung um ein gutes Stück weiter entgegengeführt.

E. Bumm-Würzburg.

Ullmann: Beiträge zur Lehre von der Osteomyelitis acuta. Wien 1891, Hölder, **135** S.

Auf Grund eigener sorgfältiger experimenteller und klinischer Untersuchungen bespricht Verf. in vorstehender Arbeit die Aetiologie, Anatomie, Symptomatologie, Prognose und Therapie der acuten Osteomyelitis. Eine besondere Bedeutung ist den bakteriologischen Untersuchungen zuzuschreiben, deren wichtigsten Resultate hier in Kürze wiedergegeben sein sollen. Die Untersuchungen gingen aus von der Beobachtung zweier Fälle acuter Osteomyelitis, von denen der eine sich im Verlauf einer Pneumonie, der andere im Anschluss an einen Typhus entwickelt hatte. Die bakteriologische Untersuchung des Eiters ergab ausschliesslich die Anwesenheit der für die betreffende Grundkrankheit specifischen Mikroorganismen, also in dem ersten Falle der Fränkel-Weichselbaum'schen Pneumococcen, in dem zweiten der Typhusbacillen. Die daraufhin an Thieren angestellten Versuche wiesen mit Sicherheit nach, dass die acute Osteomyelitis nicht nur durch einen bestimmten Mikroorganismus (Staphylococcus) hervorgerufen werden kann, sondern auch durch alle anderen Bacterienarten, denen eine pyogene Eigenschaft zukommt. Zum Zustandekommen der Erkrankung ist es nothwendig, einmal eitererregende Mikroorganismen in die Blutbahn oder in den Knochen zu bringen, und dann noch eine grobe Verletzung des Knochens herbeizuführen. Auf die genannte Weise gelang es dem Verf., ausser durch Staphylococcen eine acute Osteomyelitis hervorzurufen durch Streptococcen, durch den Bacillus pyocyaneus, durch den Mikrococcus tetragenus, durch den Bacillus prodigiosus, durch die Typhusbacillen und durch die Erysipelcoccen. Unsicher blieb das Resultat bei den Pneumococcen, und ein positives Ergebniss blieb aus bei den Mikroorganismen der Gonorrhoe und der Diphtherie.

Für den Menschen ergiebt sich aus den Beobachtungen des Verfassers und vieler anderer Autoren, dass in den meisten Fällen von acuter Osteomyelitis Staphylococcen gefunden werden, dass aber gewiss auch andere Mikroorganismen die Markentzündung hervorrufen können. Verf. hält es für sehr wichtig, in Zukunft genau darauf zu achten, ob eine Infectionskrankheit der Osteomyelitis vorausgegangen ist.

Was die Osteomyelitis ohne Mikroorganismen anbetrifft, so konnte U. auf's Bestimmteste nachweisen, dass man auf experimentellem Wege durch bestimmte Stoffe auch ohne Mikroorganismen eine Osteomyelitis hervorrufen kann; so entstand durch Calomel und Terpentinöl, ferner durch todte Culturen von Staphylococcus aureus und Bacillus prodigiosus eine

deutliche eiterige Osteomyelitis. Für die Praxis kommen allerdings nur Osteomyelitiden mit Bacterien in Betracht.

Unter den Gelegenheitsursachen der Osteomyelitis muss man nach U.'s Untersuchungen grösseren Blutverlusten eine entschiedene Bedeutung zuschreiben. Nach einem solchen Blutverluste war es in den Versuchen des Verfassers nicht nothwendig, eine Fractur vor der intravenösen Injection herbeizuführen; ein mässiger Schlag genügte, um an der betreffenden Stelle eine eiterige Osteomyelitis hervorzurufen, ja in manchen Fällen entwickelte sich diese ganz ohne ein Trauma.

Auf die pathologisch-anatomischen und die klinischen Beobachtungen des Verfassers, die manches werthvolle Material enthalten, kann hier leider nicht näher eingegangen werden.

Krecke.

Dr. phil. **Hans Schmidkunz,** Privatdocent der Philosophie an der Universität München: **Psychologie der Suggestion.** Mit ärztlich-psychologischen Ergänzungen von Dr. phil. et med. Franz Carl Gerster. **425 S.**

Wohl eine der bedeutendsten Früchte der hypnotistischen Studien ist die Entdeckung der Suggestion, welche in unserem Geistesleben eine vielleicht ebenso wichtige Rolle spielt wie z. B. die Logik, aber bis jetzt so viel wie übersehen worden ist. Schmidkunz hat es nun übernommen, diesen Begriff in die Psychologie einzuführen und nach allen Seiten die Consequenzen der neuen Erkenntniss zu ziehen. Dabei hat er sich die Grenze ziemlich weit gesteckt; die Bedeutung der Suggestion in praktischer Beziehung, für die Rechtspflege, die Religion, sogar für die Heilkunde wird ebenfalls erörtert; die Hypnose wird ziemlich weitläufig besprochen. Dadurch gewinnt das Buch ein gewisses Interesse für jeden Gebildeten, wenn auch der Kenner der hypnotistischen Literatur ausserhalb des eigentlich philosophischen Gebietes wenig neue Gedanken finden wird. Ein leicht verständlicher, lebendiger, manchmal auch etwas burschikoser Styl trägt dazu bei, das Buch auch für den Nichtphilosophen zu einer unterhaltenden Lectüre zu machen.

Auf den Inhalt näher einzugehen, ist hier nicht der Ort. Doch muss bemerkt werden, dass Verf. das Wesen und die Bedeutung der Suggestion und noch mancher hypnotischer Phänomene richtig erfasst hat, wenn er auch seinen Untersuchungsgegenstand, wie jeder Monograph, da und dort findet, wo andere Leute ihn nicht zu erkennen vermögen. — Der neue Gegenstand wird selbstverständlich in die schon bestehende Psychologie eingefügt, welcher der Arzt zwar Interesse, aber keinen Glauben entgegenbringen kann. Dies mag ein Mangel sein, liesse sich aber nicht ändern, und es ist doch ganz amüsant zu lesen, dass ein Mensch ein suggestives Abbild eines Andern sein könne, und der Geschlechtstrieb die vollkommenste, mächtigste Form des Realisirungsdranges der suggestiv aufgenommenen Vorbilder sei, zu welchen auch die Wirklichkeit des eigenen Körpers gehöre. Geistreich ist auch folgende, aus dem „Suggestionismus" abgeleitete Parallele: Ein Gedanke, z. B. ein gedachtes Stigma kann sich materiell ausprägen, d. h. zu einem wirklichen Stigma werden; es könnte also auch anderswo ein Wort oder Gedanke, ein Logos, materialisirt werden, „Fleisch werden". Ja die ganze Schöpfung kann als Verwirklichung der Gedanken Gottes gefasst werden. — Dass sich Verf., um seine eigenen Worte zu brauchen, „gelegentlich dem beliebten Volksvergnügen hingiebt", die „heutige Schulmedicin" — giebt es noch eine andere Medicin? — herabzusetzen, dürfen wir ihm grossmüthig verzeihen, da ja seine Vorwürfe ziemlich unberechtigt sind.

Bleuler.

Vereins- und Congress-Berichte.

Verein für innere Medicin zu Berlin.

(Originalbericht.)

Sitzung vom 4. April 1892.

Vorsitzender: Herr Leyden.

Ordentliche Generalversammlung. Der Vorstand wird per Acclamation wiedergewählt.

Vor der Tagesordnung. Herr **Renvers** demonstrirt 1) einen kleinen Apparat zur **Durchleuchtung des Magens** von Hering in Warschau (in den therapeutischen Monatsheften beschrieben). Derselbe besteht im Wesentlichen aus einer kleinen Edison'schen Lampe, welche am Ende einer Schlundsonde angebracht ist, und die von einer kleinen mit Wasser gefüllten Glaskapsel umgeben wird. Die Lampe steht mit einer elektrischen Batterie von 20 Elementen in Verbindung. Führt man die Sonde in den leeren Magen ein, so legt sich derselbe fest um den Apparat herum, es erscheint an der Bauchwand eine handtellergrosse erleuchtete Stelle. Ist der Magen mit Speisen gefüllt, so ist eine Durchleuchtung unmöglich. Füllt man ihn ad maximum mit Wasser, so erscheint eine leuchtende Fläche, welche genau dem Umfang des Magens entspricht. Der Versuch kann nur bei stehender Stellung des Patienten vorgenommen werden, der Magen senkt sich dann in Folge der Füllung etwas, so dass die grosse Curvatur meistentheils etwas unterhalb des Nabels sichtbar wird. Viel grösser ist das Bild natürlich bei Dilatationen. Bei einer Patientin hatten wir ein Carcinom am Pylorus diagnosticirt, bei der Durchleuchtung zeigte sich eine ca. apfelgrosse dunkle Stelle inmitten der erleuchteten Fläche auf der Magenwand, so dass das Carcinom nicht am Pylorus sondern mehr nach der Mitte des Magens zu gelegen zu sein schien. Die Section bestätigte die klinische Diagnose. Die Durchleuchtung rechts von der Geschwulst rührte von einer mit Gasen gefüllten Darmschlinge her.

2) Vor Jahresfrist habe ich davon gesprochen, dass acute Fälle von **Kehlkopftuberculose** mit grossen Dosen Tuberculin geheilt werden können. Vor 4 Wochen wurde nun auf die I. medicinische Klinik ein Fall aufgenommen, der für diese Behandlung geeignet schien.

Die Patientin war Weihnachten mit Heiserkeit ohne Schmerzen erkrankt. In einer specialistischen Poliklinik war sie mit einer Schmierkur behandelt worden. Bei der Aufnahme war das Bild folgendes: Guter Ernährungszustand, Aphonie, starke Schmerzen beim Schlucken, Schwellung der Epiglottis, Ulcerationen am Rande derselben und an den Aryknorpeln. Patientin verschluckt sich oft. An der Lunge rechts oben geringfügige Dämpfung bis zur zweiten Rippe. Keine Rasselgeräusche. Patientin wurde mit Tuberculininjectionen behandelt und zwar stiegen wir von 1 mg bis auf 3 dg. Vorübergehend trat starke Schwellung auf, dann stiess sich ein Theil der Epiglottis ab, die Geschwüre reinigten sich und der Kehlkopf wurde wieder gut für Luft durchgängig. Trotzdem verfiel Patentin immer mehr. Beim Eintritt einer Entbindung trat noch einmal hohes Fieber auf und nach wenigen Tagen ging sie an acuter Tuberculose zu Grunde.

Herr **Leyden** demonstrirt ein wenig vergrössertes Herz mit circumscripter Sklerose an der Aorta und fast vollständiger Verschliessung der Coronararterien.

Es stammt von einem 37jährigen Kutscher, der vorher Schmied war und Januar 1891 mit Anfällen von Athemnoth erkrankte, die sich immer mehr steigerten. Ich diagnosticirte Herz-Insufficienz. Vor einigen Wochen wurde er in die Charité aufgenommen. Er war robust und kräftig, sah gut aus, war nicht hydropisch. Lues nicht nachweisbar, keine Geräusche am Herzen. Es stellten sich zahlreiche, immer mehr sich steigernde Anfälle von Angina pectoris ein, verbunden mit grosser psychischer Aufregung und in einem dieser Anfälle starb der Patient.

Das Interessante ist, dass Patient erst 37 Jahre alt ist und sonst keine arteriosklerotischen Erscheinungen zeigt. Die Sklerose an der Aorta ist auf einen Fleck beschränkt, durch beide Coronararterien ist nur eine feine Sonde zu führen. Das ist eine grosse Seltenheit. Ferner interessant sind die Folgen des Verschlusses der Coronararterien beim Herzen. In der Regel finden sich circumscripte myocarditische Herde, durchzogen von fibrösen Strängen. Davon ist hier nichts zu sehen, dagegen eine ausgedehnte Verfettung in der Musculatur beider Ventrikel, was auf einen ausserordentlich schnellen Ablauf des Processes schliessen lässt.

Herr Litten hat den Fall 6 Wochen behandelt und nie ein Geräusch gehört.

Herr **Leyden** stellt einen Patienten mit **Thrombose der Arteria brachialis sinistra** vor, die im Anschluss an Influenza aufgetreten ist. Diese Thrombosen sind nach acuten Krankheiten mehrfach beobachtet worden, sie können mit Gangrän enden. Eine Ursache ist dabei nicht nachweisbar, auch

keine Erkrankung der Arterienwandungen, wahrscheinlich handelt es sich aber doch um eine Art Arteriitis.

Herr **Neumann** demonstrirt an einem $2^1/_2$ jährigen Kinde einen 10 cm langen **Defect im rechten Scheitelbein.** Derselbe zieht von hinten innen nach vorn und aussen, beginnt an der kleinen Fontanelle, erweitert sich vorn bis auf 2 cm, hat scharfe ausgebuchtete Ränder. Man fühlt gewöhnlich eine feste Resistenz, beim Schreien des Kindes eine stark pulsirende Geschwulst, offenbar das Gehirn. Es ist keine rhachitische Erscheinung, das Kind hat zwar Rhachitis, der Kopf ist aber bereits ausgeheilt; ebensowenig handelt es sich um einen Ossificationsdefect, sondern vielmehr um eine Affection, die in den ersten 16 Lebensmonaten bisher beobachtet ist (Henoch) und offenbar im Anschluss an Fissuren vorkommt. In der Gravidität hat keine Verletzung der Mutter stattgefunden, die Entbindung ist leicht und gut ohne Kunsthülfe von Statten gegangen; man muss also annehmen, dass die Affection durch eine Fissur infolge Falls entstanden ist, die sich der Diagnose entzieht. Die ursprünglich minimale Fissur hat sich zu einem grossen Defect erweitert, der in den letzten Monaten sich nicht mehr verändert hat.

Herr **Lehmann** zeigt einen 17 Pfund schweren melanosarkomatösen **Tumor der Leber** von einem 52 Jahre alten Schiffer, dem bereits im vorigen Jahr wegen einer Geschwulst der rechte Bulbus enucleirt war. Die Milz war nicht vergrössert. In der rechten Augenhöhle sah man Granulationsgewebe. Bei Lebzeiten fand sich Melanogen im Harn, Indikan konnte nicht nachgewiesen werden.

Aerztlicher Verein in Hamburg.

(Originalbericht.)

Sitzung vom 5. April 1892.

Vorsitzender: Herr Schede.

I. **Demonstrationen.** Herr Alsberg zeigt a) ein 14 jähr. Mädchen, bei der eine partielle Strumectomie gemacht wurde.

Patientin hatte in der letzten Zeit schon häufig Asthmaanfälle gehabt. Dieselben steigerten sich eines Tages plötzlich zu hochgradiger Dyspnoe mit heftigen Suffocationserscheinungen. A. constatirte bei der Aufnahme der Patientin in das israelitische Krankenhaus eine relativ kleine Struma, auf die er incidirte. Es fand sich eine säbelscheidenförmige Compression der Trachea, wesentlich bedingt durch den linken Lappen der Schilddrüse, der hinter der Trachea gelagert war. Diesen exstirpirte Vortragender, während er den Mittellappen nur spaltete. Es trat sofort Erleichterung der Athmung ein, ohne dass die Eröffnung der Trachea nöthig wurde. Patientin wurde geheilt.

Vortragender spricht sich überhaupt gegen die Tracheotomie bei Struma aus. Man soll das Athmungshinderniss beseitigen, die Trachea dagegen, wenn irgend möglich, geschlossen lassen, um einen aseptischen Wundverlauf zu erzielen;

b) eine 31 jährige Frau, der ein Rippensarkom nebst einem Stück Pleura excidirt wurde.

Der Tumor sass rechts vorn, ungefähr an der 3. Rippe. Nach Resection der erkrankten Rippe musste noch ein 5 Markstück-grosses Stück Pleura entfernt werden. Die Heilung erfolgte glatt, doch trat schon nach 4 Monaten ein Recidiv auf, das Anfang März d. J. exstirpirt wurde. Patientin ist zur Zeit noch recidivfrei, doch hält Vortragender die Prognose für schlecht. Der Tumor erwies sich mikroskopisch als ein zellenreiches Rundzellensarkom.

II. Herr **Kümmell: Zur operativen Behandlung der Epilepsie.**

Vortragender gibt zunächst einige historische Daten. Die Trepanation der Epileptiker gehört zu den ältesten chirurgischen Eingriffen; nach Broca reicht sie sogar bis in die prähistorische Zeit zurück. Wesentlich gefördert wurde dieser Theil der Hirnchirurgie aber erst in neuester Zeit durch die Untersuchungen über die Localisation der Gehirnfunctionen, an denen besonders Fritsch und Hitzig, Charcot, Ferrier, Munk u. A. Theil genommen haben. Von den 3 Formen der Epilepsie, Reflex-, genuine und traumatische Epilepsie, hat Vortragender besonders Fälle der letztgenannten beiden Arten operirt, und berichtet über mehrere derselben.

In den ersten Fällen genuiner Epilepsie machte K. die von William Alexander empfohlene und vielfach geübte Unterbindung der Art. vertebrales. In der Literatur existiren bisher 45 derartige Fälle mit 8 Heilungen und 11 Besserungen. K. hat die Operation im Jahre 1884 zweimal ausgeführt, jedoch ohne Dauererfolg. Auch die ebenfalls von Alexander empfohlene Exstirpation des Ganglion cervicale super. hat K. ein Mal, jedoch nur mit ganz vorübergehendem Erfolg, gemacht.

Bessere Resultate gab die Trepanation und Resection des Schädeldaches. K. hat sie bei genuiner Epilepsie aber nur dann vorgenommen, wenn sich am Schädel ein fester Schmerzpunkt auffinden liess. Anatomische Veränderungen des Schädelinnern fand Vortragender in seinen Fällen niemals, dagegen hörten die Krampfanfälle häufig ganz auf, und vor allem wurde fast stets eine Zunahme der Intelligenz beobachtet. (Krankengeschichten.)

Noch bessere Resultate ergab die Operation bei der sog. Jackson'schen oder Rindenepilepsie. Vortragender demonstrirt an einem Phantom und an Zeichnungen die Centren der Locomotion in der Grosshirnrinde nach Hitzig's, Ferrier's u. a. Untersuchungen. Den Sitz des erkrankten Centrums hat man nach den vorhandenen motorischen Störungen zu bestimmen, was häufig durch gleichzeitige Narben am Schädeldach erleichtert wird. Die Deckung der Schädeldefecte geschieht durch implantirte decalcinirte Knochenstücke oder vielleicht besser noch durch die von Wagner empfohlene temporäre Schädelresection. Zur Bestimmung der Centralfurche sind Methoden von Köhler und Le Fort angegeben worden. (Demonstration von 3 Fällen.)

Discussion: Herr Schede macht die temporäre Schädelresection, indem er die trepanirten Knochenstücke während der Operation in physiologische Kochsalzlösung legt und nachher wieder implantirt. Dieselben sind in allen seinen Fällen wieder eingeheilt.

Deutscher Verein für öffentliche Gesundheitspflege.

XVIII. Versammlung zu Würzburg in den Tagen vom 8. bis 11. September 1892 unmittelbar vor der am 12. September beginnenden Versammlung Deutscher Naturforscher und Aerzte in Nürnberg.

Tagesordnung:

Donnerstag den 8. September: 1) Die unterschiedliche Behandlung der Bauordnungen für das Innere, die Aussenbezirke und die Umgebung von Städten. Referenten: Oberbürgermeister Adickes-Frankfurt a. M., Oberbaurath Prof. Baumeister-Karlsruhe. 2) Reformen auf dem Gebiete der Brodfabrikation. Referent: Prof. Dr. K. B. Lehmann-Würzburg.

Freitag den 9. September: 3) Volksernährung. Referenten: Stadtrath Fritz Kalle-Wiesbaden, Privatdocent Dr. Ludwig Pfeiffer-München. 4) Vorbeugungsmaassregeln gegen Wasservergeudung. Referent: Wasserwerkdirector Kümmel-Altona.

Samstag den 10. September: 5) Die Verwerthung des wegen seines Aussehens oder in gesundheitlicher Hinsicht zu beanstandenden Fleisches, einschliesslich der Kadaver kranker, getödteter oder gefallener Thiere. Referent: Oberregierungsrath Dr. Lydtin-Karlsruhe.

Sonntag den 11. September: Ausflug nach Rothenburg ob der Tauber.

Alles Nähere, die diesjährige Versammlung Betreffende wird den verehrlichen Mitgliedern mit den von den Herren Referenten aufgestellten Thesen oder Schlusssätzen in der ersten Hälfte August mitgetheilt werden.

Frankfurt a. M., April 1892.

Der ständige Secretär: Dr. Alexander Spiess.

XI. Congress für innere Medicin zu Leipzig.

Weitere angemeldete Vorträge (vgl. No. 3 und 11 d. W.): Hoppe-Seyler-Kiel: Ueber Magengährung. Heinrich Rehn-Frankfurt a. M.: Die örtliche Behandlung der Rachendiphtherie mit Liqu. Ferr. sesquichlor. und ihre Erfolge. Balser-Koppelsdorf: Ueber multiple Pankreas- und Fettnekrose. Wassermann-Berlin: Ueber Immunität und Giftfestigung. Heubner-Leipzig: Ueber die Barlow'sche Krankheit (scorbutähnliche Erkrankung der Rhachitischen). Reger-Hannover: Die Uebertragung der Masern. Maragliano-Genua: Beiträge zur Pathologie des Blutes.

Jeder Arzt kann Theilnehmer für einen einzelnen Congress werden. Die Theilnehmerkarte kostet 15 M. Die Theilnehmer können sich an Vorträgen und Demonstrationen betheiligen und erhalten ein im Buchhandel ca. 10 M. kostendes Exemplar der Verhandlungen gratis.

Verschiedenes.

(Bevölkerungsstatistik für das Jahr 1890.)

	Eheschliessungen	Geburten	Sterbefälle (ohne Todtgeborene)	Geburten-Ueberschuss
Deutsches Reich	395356	1 759253	1 199006	560247
Frankreich . .	269332	838059	876505	— 38446
Grossbritannien	250129	991045	643226	350819
Irland	20866	105343	86165	19178
Italien	221200	1 081112	795377	285735
	Auf 1000 Einwohner			
Deutsches Reich	8,0	35,7	24,3	11,4
Frankreich . .	7,0	21,9	22,9	— 1,0
Grossbritannien	7,5	29,6	19,2	10,4
Irland	4,5	22,5	18,4	4,1
Italien	7,4	36,0	26,5	9,5

(Ueber das Auftreten der Influenza im Winter 1891/92) wurde den Mitgliedern des Reichstags am 30. März von Seiten des kaiserlichen Gesundheitsamtes eine nach den wöchentlichen bezw. monatlichen amtlichen Ausweisen bearbeitete Mittheilung gemacht. Den in Form einer Denkschrift niedergelegten Mittheilungen waren zwei Tafeln mit graphischen Darstellungen beigefügt, welche die wöchentliche Sterbeziffern während des letzten Herrschens der Influenza — A. in einigen Städten des Deutschen Reiches, B. in einigen Städten des Auslandes — veranschaulichen.

In einem Rückblicke auf die während der Influenza-Epidemie vor 2 Jahren gewonnenen Erfahrungen wird gezeigt, dass die Seuche mit einer beträchtlichen Steigerung der Sterblichkeit, namentlich unter Personen des vorgerückten Lebensalters einhergegangen war und dass diese erhöhte Sterblichkeit durch eine Vermehrung der Todesfälle an akuten Erkrankungen der Athmungsorgane und an Lungenschwindsucht verursacht wurde. Gegenüber dem Durchschnitt der influenzafreien Winter vorher und nachher hatte während der damaligen Epidemie die Zahl der Todesfälle aus gedachter Ursache in den deutschen Berichtsorten von 17791 auf 26720, d. h. um mehr als 50 Proc. zugenommen, man war daher berechtigt, auch während des letzten Winters aus den Schwankungen der betreffenden Sterbeziffern in den von der Influenza wieder heimgesuchten Orten auf eine Zu- und Abnahme dieser Krankheit zu schliessen. Die beigegebenen graphischen Darstellungen veranschaulichen dementsprechend nicht nur den Gang der Gesammtsterblichkeit, sondern auch besonders die wechselnde Häufigkeit der Sterbefälle an acuten Erkrankungen der Athmungsorgane und an Lungenschwindsucht.

Im Allgemeinen hat die Influenza während ihres letzten Auftretens nicht eine solche (pandemische) Ausbreitung wie 2 Jahre zuvor gehabt. Dies geht namentlich daraus hervor, dass nur ein verhältnissmässig geringer Theil der deutschen Berichtsorte während der Monate November 1891 bis einschliesslich Februar 1892 eine wesentliche Erhöhung der Durchschnittssterblichkeit mit gleichzeitiger Steigerung der Sterblichkeit an Erkrankungen der Athmungsorgane aufzuweisen hatte.

Von grösseren Städten des deutschen Reiches zeichneten sich durch hohe bez. Sterblichkeitsziffern aus: Frankfurt a. O., Posen, Lübeck, Stettin, Altona, Kiel, Bremen, Rostock, Essen, Münster, Augsburg, Kassel, Metz. Der Zeitpunkt, in welchem die Maxima beobachtet worden sind, ergibt sich aus den in der Tabelle dargestellten Sterblichkeitskurven. Zuerst waren danach im Osten Posen und Frankfurt a. O., demnächst Rostock, Lübeck, Kiel, Stettin von der Seuche ergriffen, im Westen des Reiches folgten auf Bremen und Altona namentlich Essen, Münster, Kassel und Augsburg.

Von sonstigen Grossstädten des Reiches waren Berlin, Dresden, München, auch Breslau, Hamburg, Königsberg wenig betroffen, da die höchste wöchentliche Sterblichkeitsziffer in diesen Orten den zehnjährigen Jahresdurchschnitt nicht in ungewöhnlichem Maasse überschritt; nur vorübergehend stieg daselbst, sowie auch in Hannover, Braunschweig, Magdeburg, Nürnberg die Sterblichkeit an Erkrankungen der Athmungsorgane (und an Lungenschwindsucht) an. Indessen ist nicht ausser Acht zu lassen, dass auch in früheren influenzafreien Jahren während der Wintermonate ein ähnliches, vorübergehendes Ansteigen der betreffenden Sterbefälle zu beobachten war.

Hohe wöchentliche Sterblichkeitsziffern wurden ausserdem festgestellt — im Süden und Südosten — namentlich in Brünn, Prag, Graz, Triest, Venedig, Rom, auch in Budapest und Wien, — im Norden, Nordwesten und Westen — in Stockholm, Kopenhagen, London, Dublin, Manchester, Edinburg, Liverpool, Christiania, Brüssel, Amsterdam, Lyon, Paris, ferner nach den Monatsausweisen noch in Genua, Utrecht und Bukarest.

Die während des letzten Winters in zahlreichen Städten des deutschen Reiches und Oesterreich-Ungarns wieder beobachtete Influenza ist hiernach soweit die Sterblichkeitsausweise aus einzelnen Hauptorten ein vorläufiges Urtheil gestatten, ausserdem aufgetreten:

1) im Norden, bezw. Nordwesten Europas: in Städten Grossbritanniens, Dänemarks, Schwedens und Norwegens,

2) im Westen und Südwesten Europas: in Städten der Niederlande, Frankreichs, Italiens und Spaniens,

3) jenseits des Oceans in mehreren Grossstädten Nordamerikas.

Auch Australien scheint nicht verschont geblieben zu sein, da z. B. aus Melbourne 234 Todesfälle an Influenza bereits vom October 1891 gemeldet worden sind.

Therapeutische Notizen.

(Die Behandlung der Harnblasenruptur.) Aus einer Zusammenstellung von Rivington ergiebt sich, dass von 322 Blasenrupturen nur 27 einen glücklichen Verlauf genommen haben, und unter diesen sich nur ein einziger Fall von intraperitonealem Riss befand. Diese Statistik erweist die Wichtigkeit einer möglichst frühzeitigen chirurgischen Behandlung. Schlange (Arch. f. klin. Chir. Bd. 43, Heft 1) konnte 32 operativ behandelte Fälle von Blasenruptur sammeln: 22mal handelte es sich um einen intraperitonealen Riss mit 10 Heilungen und 12 Todesfällen; und 10 Fälle betrafen einen extraperitonealen Riss mit 7 Heilungen gegenüber 3 Todten. Schlange glaubt, dass die Therapie der Blasenruptur noch sehr verbesserungsfähig ist. Vor allen Dingen glaubt er, dass zur Klarstellung der Diagnose, ob intra- oder extraperitonealer Riss, immer der hohe Blasenschnitt indicirt ist. Beim Vorliegen eines intraperitonealen Risses muss dann die Bauchhöhle eröffnet und ausgetupft, der Riss vernäht, und die Bauchhöhle ohne Drainage wieder geschlossen werden. Ein extraperitonealer Riss wird am besten mit Jodoformgazetamponade behandelt. Sehr wichtig ist in allen Fällen eine ausgiebige Ableitung des Urins und zwar nicht vermittelst eines Verweilkatheters, sondern direct aus der Blasenschnittwunde heraus. Am besten stopft man die Blase ganz mit Jodoformgaze aus.

Ein nach diesen Grundsätzen von S. in der Bergmann'schen Klinik operirter Fall mit gleichzeitiger intra- und extraperitonealer Ruptur nahm einen durchaus günstigen Verlauf. Krecke.

(Therapeutische Anwendung der Milchsäure in Stäbchenform.) Günstige Erfolge, welche auf der Abtheilung Schede's in Hamburg durch die Milchsäureapplication (namentlich in Form der Tamponade mit in Milchsäure getränkter Gaze) bei verschiedenen Formen von Tuberculose erzielt wurden, veranlassten Dr. Zippel, Assistenzarzt daselbst, zur Herstellung von Milchsäurestäbchen zur Behandlung tuberculöser Fisteln. Die Stäbchen werden in folgender Weise bereitet: Nachdem die Stäbchenmasse, bestehend aus Gelatine, Milchsäure, Wasser āā 50,0 bei sanfter Wärme flüssig gemacht und Menthol 80,0 dazu gesetzt ist, wird sie in Stäbchenform gegossen und bleibt einen Tag darin — am besten im Eisschrank. Dann werden die Stäbchen im Exsiccator (einfachem Blechkasten mit doppeltem, durchlöchertem Boden) über Chlorcalcium getrocknet und haben gewöhnlich in 5—10 Tagen die genügende Consistenz erreicht, indem sie dabei unter Wasserabgabe stark schrumpfen und nun etwa 40 Proc. Milchsäure enthalten. Dann werden sie sofort mit Collodium überzogen und sind so gut haltbar. Vor der Einführung in die Fistel schneidet man die Spitze schräg ab. Die Masse löst sich dann von der Spitze aus auf und wirkt also, wie ja auch erwünscht, in erster Linie in der Tiefe der Fistel. Die Collodiumhülle wird nach einigen Tagen als leerer Sack aus der Fistel entfernt. Wünscht man den Collodiumüberzug nicht, so können die Stifte in Oel oder Benzin, mit Zusatz von 30 Proc. Menthol aufbewahrt werden. Der Zusatz von Menthol ist gewählt zur Verhinderung der starken Schmerzhaftigkeit der Milchsäureapplication, indem Cocain wegen der durch Resorption möglichen unangenehmen Allgemeinwirkungen gefährlich erschien. Ersetzt man die Gelatine durch Amylum mit Traganth, so werden die Stäbchen weniger elastisch, aber härter. Ueber therapeutische Erfolge lässt sich noch nichts Definitives sagen. (C. f. Chir. No. 10.)

(Therapeutische Eigenschaften des Pichi [Fabiana imbricata].) Diese in ihren chemischen Eigenschaften bisher wenig gekannte, aus Chili stammende Solanee wirkt sehr ausgesprochen diuretisch und zugleich sedativ auf die Schleimhaut der Harnwege. Contraindicirt ist sie bei Degeneration des Nieren.

Rp. Extr. fluid. Pichi . 32,0
Kalii nitr. 4,0
Aq. dest. 90,0
Ds. 3stündl. ein Theelöffel.

(Mischung gegen Jucken.)

Rp. Menthol . . 4,0
Alcohol. . . 30,0
Aq. dest. . . 60,0
Acid. acet. . 150,0
Ds. Mittelst eines Schwammes anzuwenden.
(Méd. mod. No. 10.)

Tagesgeschichtliche Notizen.

— **München,** 12. April. Zum Director des neuen allgemeinen Krankenhauses in Hamburg-Eppendorf, welche Stelle durch die Berufung Prof. Kast's nach Breslau vacant geworden war, wurde Dr. Theodor Rumpf, a. o. Professor der Medicin und Director der medicinischen Poliklinik in Marburg, gewählt. Prof. Rumpf, der im 42. Lebensjahr steht, ist Schüler Erb's, habilitirte sich, nach vorübergehender

Thätigkeit als Nervenarzt in Düsseldorf, 1882 als Privatdocent in Bonn und wurde von da als a. o. Professor nach Marburg berufen. Seine früheren Publicationen, von denen besonders seine monographische Darstellung der syphilitischen Erkrankungen des Nervensystems hervorzuheben ist, behandeln vorwiegend neurologische Fragen, in den letzten Jahren hat er sich mehr allgemein klinischen Arbeiten zugewendet.

— Der Hamburger ärztliche Verein, der bisher nur gemeinsam mit dem Altonaer (durch dessen Vorsitzenden Dr. Wallichs) beim deutschen Aerztetag vertreten war, hat in seiner Generalversammlung am 26. v. Mts. beschlossen, künftighin einen eigenen Delegirten dorthin zu entsenden. Zum diesjährigen Vertreter wurde Dr. M. Piza, der obigen Antrag gestellt hatte, erwählt.

— Der ständigen Commission für Bearbeitung des Arzneibuches (s. vorige Nr.) gehört ferner der Geh. Med.-Rath und Referent im Ministerium für Elsass-Lothringen Dr. Krieger in Strassburg an.

— Die Berliner städtische Deputation für öffentliche Gesundheitspflege hat den Antrag des Berliner Vereins homöopathischer Aerzte auf Erbauung eines öffentlichen homöopathischen Krankenhauses abgelehnt.

— Die diesjährige 22. Versammlung der ophthalmologischen Gesellschaft findet zu Heidelberg vom 8.—10. August statt.

— In Wien fand im Laufe voriger Woche die constituirende Versammlung eines neuen medicinischen Vereines statt, der den Namen „Wiener medicinischer Club" führt. Die Mitglieder und Gründer des Vereins recrutiren sich hauptsächlich aus den Kreisen der jüngeren Aerzte. Herr Prof. Sigm. Exner hat das Protectorat des neuen Vereines übernommen.

— Wie die V. d. k. G.-A. mittheilen, scheint sich das Abnahmestadium der Influenza in die Länge zu ziehen, da noch aus der Mehrzahl derjenigen ausländischen Berichtsorte, welche directe Angaben über dieselbe machen, neue Fälle gemeldet werden. Aus einigen dieser Orte sind sogar etwas höhere Zahlen als in der Vorwoche angegeben (so in Kopenhagen, Stockholm, Amsterdam). Innerhalb des deutschen Reiches fand eine neuerliche Zunahme statt im Regierungsbezirk Düsseldorf, in Mainz und in Darmstadt.

— In München wurden in der 13. Jahreswoche, vom 27. März bis 2. April 62 Influenza-Erkrankungsfälle von den Aerzten angemeldet (in der Vorwoche 83).

— Von deutschen Städten über 40,000 Einwohner hatten in der 12. Jahreswoche, vom 20.—26. März 1892, die grösste Sterblichkeit Fürth mit 38,7, die geringste Sterblichkeit Bielefeld mit 8,8 Todesfällen pro Jahr und 1000 Einwohner. Mehr als ein Zehntel aller Gestorbenen verstarb an Scharlach in Frankfurt a. O. und Remscheid; an Diphtherie und Croup in Duisburg, Essen, Kiel, Osnabrück, Remscheid.

— In der Salpetrière in Paris wird vom 2. Mai d. Js. ab von den DDrr. A. Dutil und P. Blocq ein klinischer Curs der Nervenkrankheiten abgehalten. Der Curs findet wöchentlich 4mal statt und umfasst 20 Stunden. Die Zuhörerzahl ist beschränkt.

— Prof. Germain Sée in Paris hat aus Gesundheitsrücksichten die Direction der von ihm begründeten „Médecine moderne" niedergelegt.

(Universitäts-Nachrichten.) **Jena.** Als Docent für Physiologie habilitirte sich der Assistent des physiologischen Instituts Dr. Verworn. — **Rostock.** Als Nachfolger des verstorbenen Professors Aubert hat Professor Dr. Oscar Langendorff in Königsberg eine Berufung als ordentlicher Professor der Physiologie und Director des physiologischen Institutes an unsere Universität erhalten und angenommen. — **Würzburg.** Dem Universitätsprofessor Geheimrath Dr. v. Kölliker wurde in Anerkennung seiner hervorragenden Verdienste um die Hebung der Würzburger Hochschule während seines 45jährigen Wirkens aus Anlass seines 50jährigen Doctorjubiläums das Ehrenbürgerrecht der Stadt Würzburg zuerkannt. Da der Jubilar zur Zeit in Neapel weilt, wird die Urkunde bei der Hauptfeier, welche die Universität nach Ostern (wahrscheinlich am 22. oder 23. April) veranstaltet, überreicht werden. Genehmigt wurde, dass der approbirte Arzt und dermalige Assistent an der Universitäts-Frauenklinik Dr. med. Klein aus Villach als Privatdocent für Geburtshilfe und Gynäkologie in die medicinische Facultät der Universität Würzburg aufgenommen werde.

Prag. Dr. Julius Pohl, langjähriger Assistent am hiesigen pharmakologischen Institute Prof. Hofmeister's und Dr. Rudolf Fischl, ehemaliger Assistent der Klinik Prof. Epstein's haben sich der Erstere für Pharmakologie, der Letztere für Pädiatrie an unserer Universität habilitirt und sind in dieser Eigenschaft vom Ministerium bestätigt worden.

(Todesfälle.) Einen tief beklagten Verlust erlitt der Münchener ärztliche Verein in der vergangenen Woche durch den Tod des praktischen Arztes Dr. Julius Lindpaintner, der am 7. ds. nach kurzer Krankheit an Pneumonie erfolgte. Der Verstorbene, der erst 42 Jahre alt war, erfreute sich der allgemeinsten Achtung und Beliebtheit nicht nur bei den Collegen, sondern in den weitesten Kreisen der Bevölkerung. Er verdankte dies in gleicher Weise den vortrefflichen Eigenschaften seines Charakters wie seiner hervorragenden Tüchtigkeit im Beruf. Lindpaintner war vorwiegend als Chirurg thätig. Er besass für dieses Fach eine natürliche Veranlagung in der unerschütterlichen Ruhe, die ihn auszeichnete, und er hatte darin die beste Ausbildung genossen als Schüler und langjähriger Assistent Nussbaum's. In dieser letzteren Eigenschaft erwarb er sich ein grosses Verdienst durch die Einführung der antiseptischen Wundbehandlung in München, die er im Auftrage Nussbaum's bei Lister in Edinburg persönlich studirt hatte. In die Praxis übergetreten hörte er nicht auf wissenschaftlich thätig zu sein; die Literatur verdankt ihm mehrere werthvolle Arbeiten und auch unsere Wochenschrift verliert in ihm einen geschätzten Mitarbeiter. In jeder Hinsicht eine Zierde des Standes, dem er zugehörte, ist ihm ein dauerndes ehrendes Andenken sicher bei Allen, die ihn kannten.

Generalstabsarzt a. D. v. Klein, der vom Jahre 1846 bis 1874 an der Spitze des militärischen Medicinalwesens Württembergs gestanden, ist am 3. ds. in Stuttgart, 86 Jahre alt, gestorben.

In London starb am 27. März der hervorragende Ophthalmologe Sir William Bowman an einer doppelseitigen Pneumonie in Folge von Influenza.

Personalnachrichten.

Bayern.

Verliehen. Dem Oberstabsarzt 1. Cl. Dr. Angerer à l. s. des Sanitätscorps der Charakter als Generalarzt 2. Cl. gebührenfrei.

Versetzt. Die Assistenzärzte 2. Cl. Morhart vom 19. Inf.-Reg. zum 2. Jäger-Bat. und Dr. Pfeilschifter vom 2. Jäger-Bat. zur Reserve des Sanitätscorps.

Befördert. Im Beurlaubtenstande: zu Assistenzärzten 2. Cl. der Reserve: die Unterärzte der Reserve Dr. Conrad Zenker (Erlangen), Benno Koppenhagen (Landau), Dr. Johann Grund (Würzburg), Dr. Attal Merk, Dr. Friedrich Schiffer, Theodor Schmitt, Rudolf Kimmerle, Bernhard Kunze und Dr. Maximilian Dischinger (I. München), Dr. Gustav Fischer (Würzburg), Wilhelm Hübler (I. München) und Franz Wolf (Würzburg).

Ernannt. Der einj. freiw. Arzt Dr. Eduard Müller des 2. Train-Bat. zum Unterarzt im 2. Schweren Reiter-Reg. und mit Wahrnehmung einer vacanten Assistenzarztstelle beauftragt.

Verzogen. Dr. Jos. Weiss von München nach Rothenfels a/M.

Gestorben. Dr. Julius Lindpaintner, praktischer Arzt in München; Dr. Hans Holzinger, prakt. Arzt in Deining, Bez.-Amts München II, zuletzt in München; Assistenzarzt 1. Cl. der Reserve Dr. Heinrich Bitter (Kaiserslautern) am 19. März zu Cöln.

Morbiditätsstatistik d. Infectionskrankheiten für München

in der 13. Jahreswoche vom 27. März bis 2. April 1892.

Betheil. Aerzte 345. — Brechdurchfall 11 (6*), Diphtherie, Croup 34 (47), Erysipelas 13 (11), Intermittens, Neuralgia interm. 2 (2), Kindbettfieber 1 (3), Meningitis cerebrospin. — (—), Morbilli 145 (134), Ophthalmo-Blennorrhoea neonatorum 8 (8), Parotitis epidemica — (5), Pneumonia crouposa 52 (12), Pyaemie, Septicaemie — (—), Rheumatismus art. ac. 26 (23), Ruhr (dysenteria) — (—), Scarlatina 12 (10), Tussis convulsiva 29 (34), Typhus abdominalis 1 (1), Varicellen 11 (10), Variola — (—). Summa 345 (345). Medicinalrath Dr. Aub.

Uebersicht der Sterbfälle in München

während der 13. Jahreswoche vom 27. März bis 2. April 1892.

Bevölkerungszahl 366,000.

Todesursachen: Pocken — (—*), Masern — (4), Scharlach 1 (1), Rothlauf 1 (—), Diphtherie und Croup 4 (4), Keuchhusten 4 (7), Unterleibstyphus — (—), Brechdurchfall 5 (2), Ruhr — (—), Kindbettfieber — (—), Croupöse Lungenentzündung 2 (5), Genickkrampf — (—), Blutvergiftung 1 (1), Acut. Gelenkrheumatismus — (1), andere übertragbare Krankheiten 2 (4).

Die Gesammtzahl der Sterbefälle 170 (221), der Tagesdurchschnitt 24.3 (31,6). Verhältnisszahl auf das Jahr und 1000 Einwohner im Allgemeinen 24.2 (31.4), für die über dem 1. Lebensjahre stehende Bevölkerung 14.7 (18.5), für die über dem 5. Lebensjahre stehende 12.8 (15.6).

*) Die eingeklammerten Zahlen bedeuten die Fälle der Vorwoche.

Literatur.

(Bei der Redaction zur Recension eingegangen.)

Borchart, Grundriss der Physik zum Gebrauche für Mediciner. Stuttgart, 1892.

Hunt, W., An Adress upon the late Joseph Leidy. Philadelphia, 1892.

Wolff, J., Die Influenza-Epidemie 1889—1892. Stuttgart, 1892.

Fischer, B., Lehrbuch der Chemie für Mediciner. Stuttgart, 1892.

Bürkner, K., Lehrbuch der Ohrenheilkunde. Stuttgart, 1892.

Verlag von J. F. Lehmann in München. — Druck der Akademischen Buchdruckerei von F. Straub in München.